

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO: CONTRIBUIÇÃO PARA A VALIDAÇÃO DO P-EAT-10 NUMA POPULAÇÃO INSTITUCIONALIZADA E UTENTES DE CENTRO DE DIA

Vitória Feitosa Costa

Orientadora: Prof.(a) Dra. Dália Nogueira
Co-orientador(a): Prof.(a) Dra. Maria Amália Botelho

Abril 2014

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS



PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO:

Contribuição para Validação do P-EAT-10 numa População Institucionalizada e Utentes de Centro de Dia

Vitória Feitosa Costa

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Saúde e Envelhecimento

Orientadora:

Professora Doutora Dália Nogueira

Co-orientadora:

Professora Doutora Amália Silveira Botelho

Abril 2014

“Uma árvore em flor fica despida no outono. A beleza transforma-se em feiura, a juventude em velhice e o erro em virtude. Nada fica sempre igual e nada existe realmente. Portanto, as aparências e o vazio existem simultaneamente.”

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

*À Professora Doutora **Dália Nogueira**, pela disponibilidade, paciência e apoio na orientação deste trabalho.*

*À Professora Doutora **Amália Botelho**, pelo incentivo e disponibilidade durante todo o caminho do mestrado e pela co-orientação deste trabalho.*

Aos colaboradores e Direcção das Residências Seniores Professora Maria Ofélia e Residência Sénior e Centro de Dia de Físgas, e em especial, aos ajudantes de acção geriátrica, pela disponibilidade e atenção com que me receberam para a execução deste trabalho.

*Aos **idosos** pela disponibilidade, atenção e carinho com que me receberam para a aplicação dos testes e ofereceram-me ensinamentos que tverei de guardar por toda a vida.*

*A minha amiga e companheira de Mestrado **Ana Maria Fanico** que sempre esteve presente nos momentos mais difíceis do percurso deste trabalho.*

*A minha colega de profissão **Inês Lopes** pela paciência e disponibilidade em ajudar-me nas dúvidas que apareceram no decorrer deste trabalho.*

As minhas colegas do MSE 3, pelo companheirismo nessa jornada.

*A **Prefeitura Municipal de Tauá** pelo apoio incondicional na realização deste sonho.*

***Aos meus queridos pais e irmãos** que sempre incentivaram-me e deram-me forças para que eu realizasse meus objectivos.*

*Ao meu querido e amado filho **Vítor Feitosa Aguiar** pelo amor, carinho e compreensão durante as minhas longas ausências objectivando a finalização deste trabalho.*

*Enfim, a **Deus**, o meu grande Mestre de vida que guiou-me de forma a eu alcançar os meus sonhos.*

RESUMO

O acelerado processo de envelhecimento da população portuguesa apresentando taxa negativa de crescimento (OCDE, 2013) corrobora para o surgimento de doenças crónicas e incapacitantes que, por conseguinte, pode levar os idosos a apresentar dificuldades na deglutição. Alguns instrumentos de despiste das dificuldades de deglutição estão surgindo ao longo dos últimos anos facilitando o rastreio rápido dessas dificuldades. **Objectivo:** Este trabalho teve como objectivos de estudo caracterizar uma população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia quantos aos seus dados sócio demográficos, deglutição e a linguagem, bem como contribuir para a validação da versão portuguesa do P-EAT-10. **Métodos:** Realizou-se um estudo do tipo descritivo, transversal, analítico-correlacional com abordagem quantitativa, onde foi feito um levantamento dos dados sociodemográficos e das condições de saúde de 30 idosos institucionalizados e utentes de centro de dia, de ambos os sexos e com idades acima dos 64 anos. Foram aplicados instrumentos para verificar a percepção do estado de saúde (EQ-5D), o estado cognitivo (MMSE), o estado de depressão (EDP), o grau de dependência (IB), a deglutição (P-EAT-10 e 3 OZ Wst), a linguagem (TN e TT). Algumas hipóteses foram levantadas e para estudá-las utilizamos testes não-paramétricos (U de Mann Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman, $p < 0,05$). **Resultados:** Observou-se que os idosos do sexo feminino é maioria (72,7%) na população estudada. Os idosos com mais de 84 anos apresentaram maior percentagem de deficit cognitivo e sinais depressivos. Quanto a deglutição a maioria dos idosos tem percepção das dificuldades de deglutição. Verificou-se haver relação significativa entre o score do P-EAT-10 e o score do 3OZwst ($p = 0,016$), assim como também entre as habilitações literárias, as morbilidades e a linguagem (nomeação, $p < 0,047$). **Conclusão:** Nosso estudo levou-nos a concluir a necessidade de testes de rastreio para as dificuldades da deglutição para a população em estudo, sendo o P-EAT-10 um bom instrumento e que associado a outros instrumentos de avaliação podem ajudar na prevenção das dificuldades de deglutição/disfagia.

Palavras-chave: presbifagia, disfagia, EAT-10, idosos e deglutição

ABSTRACT

The accelerated aging of the Portuguese population showed a negative growth rate (OECD, 2013) corroborates the emergence of chronic and disabling diseases. Therefore, can lead seniors have difficulty in swallowing. Some screening instruments of swallowing difficulties are emerging over the last few years facilitating rapid screening of these difficulties. **Methods:** We conducted a descriptive study, cross-sectional, correlational with quantitative analytical approach, where a survey was made of sociodemographic and health status of 30 institutionalized elderly and users of the day center, of both sexes and ages above 64 years. Instruments were applied to verify the perception of health status (EQ-5D), cognitive status (MMSE), the severity of depression (EDP), the degree of dependence (IB), swallowing (P-EAT-10:03 OZ Wst), and language (TN and TT). Some hypotheses were to study them and used non-parametric tests (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and Spearman correlation, $p < 0.05$). **Results:** It was observed that the elderly female is majority (72.7%) in the study population. Elderly patients over 84 years were mainly cognitive deficits and depressive signs. As for swallowing most seniors have perceptions of swallowing difficulties. Found to be no significant relationship between the score of the P-EAT-10 score and the 3OZwst ($p = 0.016$), as well as between educational attainment, the morbidities and language (naming, $p < 0.047$). **Conclusion:** Our study led us to conclude the need for screening tests for swallowing difficulties for the population being studied, and the P-EAT-10 a good instrument and associated with other assessment tools can help to prevent difficulties swallowing / dysphagia.

Keywords: presbifagia, dysphagia, EAT-10, elderly and swallowing.

I. INTRODUÇÃO	1
PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1 ENVELHECIMENTO E DOENÇAS ASSOCIADAS	5
1.2 FISIOLOGIA DA DEGLUTIÇÃO	10
1.3 DEGLUTIÇÃO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	13
1.4 PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO	16
1.4.1 PRESBIFAGIA	16
1.4.2 DISFAGIA	17
1.5 AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO NO IDOSO	22
1.6 ESCALAS E QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO	25
1.7 EATING ASSESSMENT TOOL (EAT-10)	27
1.8 CONTRIBUIÇÃO PARA O DESPISTE PRECOCE DAS PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO	29
PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO	32
2. METODOLOGIA	32
2.1 Tipo de estudo	32
2.2 População estudada	32
2.3 Amostra	32
2.4 Critérios de inclusão e não inclusão	33
2.5 Consentimento informado	33
2.6 Variáveis	33
2.7 Hipóteses	34
2.8 Instrumentos de avaliação	35
3. PROCEDIMENTOS	37
3.1 Análise estatística dos dados	38
4. RESULTADOS	38
4.1 Análise descritiva	38
4.1.1 Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos	38

4.1.2 Caracterização da amostra quanto a percepção do estado de saúde	40
4.1.3 Caracterização da amostra quanto as condições de saúde/morbilidade	41
4.1.4 Caracterização da amostra quanto ao estado cognitivo	42
4.1.5 Caracterização da amostra quanto ao estado depressivo	43
4.1.6 Caracterização da amostra quanto ao grau de dependência	44
4.1.7 Caracterização da amostra quanto a deglutição	44
4.1.8 Caracterização da amostra quanto a linguagem	47
4.2 Análise inferencial	48
4.2.1 Relação entre percepção das perturbações de deglutição (score P-EAT-10) e score do 3OZ Wst	48
4.2.2 Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e dados sociodemográficos	49
4.2.3 Relação entre percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e percepção do estado de saúde	49
4.2.4 Correlação entre percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e estado cognitivo	50
4.2.5 Correlação entre percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e sinais de depressão	50
4.2.6 Correlação entre percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e grau de dependência	50
4.2.7 Correlação entre percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e desempenho para a linguagem	51
5. DISCUSSÃO	52
5.1 Discussão da metodologia	52
5.2 Discussão dos resultados da caracterização da amostra	52
5.3 Discussão dos resultados da análise inferencial	57
5.3.1 Resultado das hipóteses	57
6. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
ANEXOS	72
	72

ANEXO 1: Questionário sociodemográfico	74
ANEXO 2: Questionário sobre as condições de saúde	
ÍNDICE DE TABELAS	39
TABELA 1: Distribuição da amostra quanto as características sociodemográficas	40
TABELA 2: Distribuição da amostra quanto ao Local de residência em relação ao Grupo etário e o sexo	39
TABELA 3: Distribuição da amostra quanto a percepção do estado de saúde (questionário)	40
TABELA 4: Distribuição da amostra quanto a percepção do estado de saúde (EQ-5D)	42
TABELA 5: Distribuição da amostra quanto as condições de saúde/morbilidade (CID-10)	42
TABELA 6: Distribuição da amostra quanto ao estado cognitivo (MMSE) em Relação ao grupo etário	43
TABELA 7: Distribuição da amostra quanto ao estado cognitivo (MMSE) em Relação ao sexo	43
TABELA 8: Distribuição da amostra quanto ao estado depressivo (EDG) em relação ao grupo etário	44
TABELA 9: Distribuição da amostra quanto ao estado depressivo (EDG) em relação ao sexo	44
TABELA 10: Distribuição da amostra quanto o grau de dependência	45
TABELA 11: Distribuição da amostra quanto a avaliação da deglutição	46
TABELA 12: Distribuição da amostra quanto as dificuldades de deglutição em relação ao grupo etário	46
TABELA 13: Distribuição da amostra quanto as dificuldades de deglutição em Relação ao sexo	47
TABELA 14: Distribuição da amostra quanto a linguagem/nomeação	48
TABELA 15: Distribuição da amostra quanto a linguagem/compreensão	48
TABELA 16: Relação entre o score do P-EAT-10 e o score do 3OZ Wst	49
TABELA 17: Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e os dados sociodemográficos	49
TABELA 18: Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e percepção do estado de saúde	

TABELA 19: Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o estado cognitivo (MMSE)	50
TABELA 20: Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e sinais de depressão (score da EDG)	50
TABELA 21: Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e grau de dependência (score do IB)	50
TABELA 22: Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e desempenho para a linguagem (score TN e TT)	51
ÍNDICE DE GRÁFICOS	
GRÁFICO 1: Caracterização da amostra quanto ao resultado do 3OZ Wst	45
ÍNDICE DE FIGURAS	
FIGURA 1: Fisiologia da Deglutição	12
SIGLAS E ABREVIATURAS	
OCDE: Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico	
INE: Instituto Nacional de Estatística	
OMS: Organização Mundial da Saúde	
AVD: Actividade de Vida Diária	
AIDV: Actividade Instrumental de Vida Diária	
Et al: Abreviatura de: “e outros”	
EAT-10: Eating Assessment Tool	
ISCTE/IUL: Instituto Universitário de Lisboa	
CEISUC: Centro de Estudos da Universidade de Coimbra	
ESSA: Escola Superior de Saúde do Alcoitão	
3OZ Wst: 3 OZ Water Test	
ICD: International Classification of Diseases	
IMC: Índice de Massa Corporal	
MMSE: Mini Mental State Examination	
EDG: Escala de Depressão Geriátrica	
TN: Teste de Nomeação	
TT: Token Test	
IB: Índice de Barthel	
EQ-5D: Euroqol Group	
DC: Doença Cardiovascular	
AVC: Acidente Vascular Cerebral	

DA: Doença de Alzheimer
DP: Doença de Parkinson
RM: Ressonância Magnética
TAC: Tomografia Axial Computadorizada
EES: Esfincter Esofágico Superior
EEl: Esfíncter Esofágico Inferior
AP: Pneumonia de Aspiração
TCE: Traumatismo Crânio Encefálico
PC: Paralisia Cerebral
SWAL-QOL: Swallowing Quality of Life
HDI: Deglutition Handicap Index
MDADI: MD Anderson Dysphagia Inventory
SDQ: Swallowing Disturbance Questionnaire
SSQ: Sydney Swallow Questionnaire
VAI: Vias Aéreas Inferiores
EVA: Escala Visual Analógica
POLARIS: Profile of Older Adults Receiving Institutional Support
SPSS: Stastistical Package for Social Sciences
DST: Dysphagia Self-Test
AVCI: Acidente Vascular Cerebral Isquémico

I. Introdução.

O envelhecimento demográfico é um dos acontecimentos que mais se tem verificado em todo mundo e Portugal não foge a regra. Segundo dados estatísticos da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2013) a taxa de crescimento populacional em Portugal foi negativa entre os anos de 2003 a 2011, caindo de 0,4% a -0,1%. Essa situação indica-nos que o número de nascimentos tem vindo a decrescer. Por sua vez a melhoria dos serviços de saúde gerou ganhos na qualidade de vida da população diminuindo a mortalidade mas fazendo surgir uma nova realidade que hoje não podemos ignorar: o envelhecimento populacional.

Em Portugal a população idosa residente com 65 anos ou mais, já atingiu os 2,023 milhões, representando cerca de 19% da população total. Muitos idosos vivem sozinhos ou a viver, exclusivamente, na companhia de outro idoso (Destaque – informação à comunicação social- INE, 2011).

A diminuição da mortalidade e o aumento da longevidade traz consigo o aparecimento de doenças crónicas incapacitantes favorecendo a necessidade de suporte social, familiar e de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) no final do século XX lançou um novo paradigma na velhice quando trocou o conceito de envelhecimento saudável por envelhecimento activo que visa a manutenção da autonomia e da independência, quer ao nível das actividades básicas de vida diária (AVD), quer ao nível das actividades instrumentais de vida diária (AIVD), a valorização de competências e, por sua vez, aumento da qualidade de vida e da saúde.

Segundo Pinto e Botelho (2007), o envelhecimento “é um processo fisiológico que afecta todas as estruturas do organismo, com a particularidade de cada órgão e tecido ter um ritmo próprio de envelhecer. Caracteriza-se pela progressiva incapacidade de manter as funções vitais e sendo deletério e considerado a fase final do desenvolvimento humano, termina com a morte”.

O processo de envelhecimento conduz a modificações anátomo-fisiológicas em todo o organismo que podem ser identificadas também no sistema motor oral. O termo Presbifagia é designado pelas alterações que ocorrem nas fases oral, faríngea e esofágica podendo comprometer a função da deglutição desencadeando um processo de adaptação nos idosos (Tanure *et al.*, 2005; Estrela *et al.*, 2009; Monteiro, 2009; Acosta e Cardoso, 2012). Muitos

estudos (Groher, 1992; Groher, 1999, citado por Furkim e Silva, 2009); Santoro, 2008; Estrela, *et al.*, 2009; Holland *et al.*, 2011; O'Brien e Barrown, 1991) referem que as perturbações da deglutição apresentam alta prevalência em idosos.

Quando são associadas à doenças crónicas ou agudas classificamos essas perturbações na deglutição de Disfagia. Furkim e Silva (1999) definem disfagia como uma dificuldade de deglutição que ocorre em qualquer parte do trato digestivo. Os mesmos autores referem ainda que “a disfagia é caracterizada pela presença de possíveis sinais clínicos das quais surgem complicações pulmonares, nutricionais assim como alterações do prazer alimentar com um impacto social negativo” na vida diária dos idosos comprometendo a sua qualidade de vida.

A disfagia é resultado de uma doença de base sendo mais comuns na vida quotidiana dos idosos podendo ocasionar complicações como a pneumonia de aspiração que se caracteriza pela passagem de resíduos alimentares ou da própria saliva para o tracto respiratório levando a altas taxas de morbilidade ou mortalidade além de favorecer a desidratação e a desnutrição. Humbert e Robbins (2008) num estudo sobre disfagia e envelhecimento referem que mais de 40% de indivíduos institucionalizados apresentam disfagia enquanto Trupe *et al.* (1984) referem 75%. Skaker e Staff (2001), citado por Rozenfeld (2005), falam em 50% a 60%. Groher (1999), citado por Rozenfeld (2005) e Maciel *et al.* (2008) referem a alta incidência de disfagia em idosos institucionalizados. Groher (1992), citado por Groher (2008) corrobora os resultados do estudo anterior referindo a alta incidência de idosos disfágicos em lares.

Apesar do aumento significativo do número de idosos na população portuguesa, muitos dos quais inseridos em Lares e Centros de Dia, escassos são os estudos que relacionam as perturbações da deglutição/disfagia e suas consequências na vida diária do idoso no contexto dessas instituições. Igualmente, e na pesquisa efectuada no âmbito deste estudo, se desconhecem instrumentos validados que visem o rastreio das perturbações da deglutição de forma rápida e eficaz, e que oferecem um despiste eficiente.

Na literatura foram encontrados alguns instrumentos capazes de avaliar vários aspectos relacionados com a deglutição. Um desses instrumentos é o *Eating Assessment Tool* (EAT-10), validado por Belafsky *et al.* (2008). O EAT-10 é um instrumento auto-administrado que pode ser utilizado para documentar a auto-percepção das perturbações na deglutição e monitorizar a resposta ao tratamento de pessoas com perturbações da deglutição das mais variadas etiologias.

O presente trabalho está inserido no contexto do projecto Measure to Manage (M2M) encontra-se a ser desenvolvido em parceria com o ISCTE/IUL, Centro de Estudos da Universidade de Coimbra (CEISUC) e Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA). Este projecto tem como objectivo a validação e adaptação de um conjunto de instrumentos nas áreas da linguagem, fala, disfagia e voz.

Vindo ao encontro da problemática das perturbações da deglutição na população idosa, formulamos como título desse trabalho, *Perturbações da deglutição: contribuição para validação do P-EAT-10 numa população institucionalizada e utentes de centro de dia*.

Reflectindo sobre a realidade das perturbações da deglutição presentes na vida diária dos idosos, as suas visíveis implicações psicossociais e o uso do P-EAT-10 como instrumento de avaliação da percepção da deglutição orientamos para a seguinte questão: Será que o P-EAT-10 é uma ferramenta útil e eficiente no rastreio das perturbações de deglutição em idosos institucionalizados e utentes de centro de dia?

Visualizando a questão de partida, traçamos como **objectivos gerais**:

- Caracterizar uma população de idosos institucionalizada e utentes de centro de dia quantos aos seus dados sócio demográficos, deglutição e a linguagem.
- Contribuir para a validação da versão portuguesa do P-EAT-10

Delineamos como objectos específicos:

1. Descrever a amostra relativamente a:
 - Dados sócio-demográficos
 - Percepção do estado de saúde
 - Condições de saúde/morbididades
 - Estado cognitivo
 - Estado emocional/depressão
 - Grau de dependência
 - Percepção das perturbações da deglutição
 - Linguagem
2. Relacionar os resultados da percepção das perturbações da deglutição da amostra, obtidos através de inquirição autoadministrada mediante a versão portuguesa do Eating Assessment Tool (P-EAT-10) com:

- a percepção de perturbações da deglutição por inquirição após teste de ingestão de água (3 OZ Water Test - 3OZ Wst)
- dados sócios demográficos
- percepção do estado de saúde (EQ-5D)
- estado cognitivo (Mini Mental State Examination - MMSE)
- estado emocional/depressão (Escala de Depressão Geriátrica - EDG)
- grau de dependência (Índice de Barthel – IB)
- linguagem (teste de nomeação; Token Test de compreensão)

O presente estudo está dividido em duas partes. Na primeira parte compreende o enquadramento teórico que será dividido em índices que versará temas como o envelhecimento e doenças associadas, fisiologia da deglutição, perturbações da deglutição, disfagia, avaliação da disfagia, escalas para avaliação da disfagia, o P-EAT-10 e, por último, um pequeno contributo para a prevenção das perturbações da deglutição no contexto institucional e centros de dia.

Na segunda parte corresponde ao estudo empírico em si, em que se abordará sobre a metodologia utilizada, descreveremos os procedimentos da recolha de dados e os critérios da análise dos dados estatísticos recolhidos. Em seguida, será apresentado um índice com os resultados obtidos, terminando com a discussão e em seguida as principais conclusões onde serão dadas sugestões para futuras pesquisa sobre o tema estudado.

PARTE 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. ENVELHECIMENTO E DOENÇAS ASSOCIADAS

O envelhecimento é um tema que tem vindo a ser muito discutido nas últimas décadas. O aumento da esperança de vida e a diminuição da taxa de natalidade remete para o aumento do número de pessoas idosas (Botelho, 2007). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) a pessoa idosa é o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Dados estatísticos da OMS (2013) referem, que em Portugal, a população de indivíduos acima de 60 anos que em 2002 era de 21.92% subiu para 24.39% em 2012. Dados preocupantes, já que a taxa de fertilidade entre as mulheres caiu de 1.33% para 1.32% (OMS, 2013) e para que haja renovação de gerações é necessário haver em média 2,1 número de filhos por cada mulher. Dados do INE (2012) revelam que, em toda a população portuguesa, há 19,3% de pessoas acima dos 65 anos a residir em Portugal sendo que 21,6% são do sexo feminino e 16,9%, do sexo masculino. Em 1994, para cada 100 jovens com menos de 15 anos havia cerca de 82 idosos, aumentando o rácio em 2004 para 109 (Carrilho e Patrício, 2005 citado por Amaro, 2012). Segundo dados do INE (2012) verificou-se o aumento desse rácio entre a população com mais de 65 anos e a população até 14 anos (índice de envelhecimento), atingindo 131,1 idosos por cada 100 jovens. Estima-se que em 2050 a proporção de idosos por cada jovem duplique, representando 32% do total da população portuguesa (projecções demográficas elaboradas pelo (INE, 2009).

O aumento da sobrevida das pessoas mais velhas favoreceu o aumento na esperança de vida à nascença da população portuguesa que foi estimada em 79,78 anos, sendo de 82,59 anos para as mulheres e 76,57 anos para os homens (Anuário Estatístico de Portugal, 2012).

Fontaine (2000) considera que a velhice bem-sucedida está baseada em três pilares: redução da probabilidade de doenças, principalmente as que causam perda de autonomia; elevado nível funcional das capacidades cognitivas e físicas e por último, a capacidade de conservar a vida social e o bem-estar subjectivo. Essas três condições são reunidas em proporções variadas de acordo com o seu histórico de vida.

O autor refere ainda que o envelhecimento é um processo diferencial dependente dos dados objectivos (degradação física, diminuição tendencial dos funcionamentos perceptivos e mnésicos, etc) e dados subjectivos, ou seja, é a forma como a pessoa vê e percebe o seu próprio envelhecimento e por esta razão, para o autor, cada pessoa tem o seu próprio ritmo de envelhecer.

Birren (1995, citado por Paúl, 2005) fala do envelhecimento como um processo ecológico, mas que nesse processo há uma interacção entre os meios físicos e organismos já com património genético definidos. Para o autor, as mudanças da longevidade ocorreram também devido a mudanças tecnológicas, sociais e económicas e não somente em decorrência do património genético e por isso torna-se importante não só conhecer a dinâmica do mecanismo do envelhecimento celular mas também conhecer a dinâmica das populações no contexto social e político.

O envelhecimento é um processo inerente a vida e natural a todo ser vivo e tem como consequência a deterioração da reserva funcional e estrutural dos vários órgãos e sistemas que compõem o organismo, diminuindo os mecanismos de defesa frente as variações do ambiente e promovendo maior incidência de afecções. Todo esse sistema merece atenção para uma abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica eficiente por parte dos profissionais que atuam nessa área até para que seja possível saber distinguir entre o que são as alterações advindas do envelhecimento saudável daquelas decorrentes de alguma patologia.

O crescimento da população idosa aumenta a prevalência e a incidência de doenças crónicas e incapacitantes. Sabendo-se que o envelhecimento acontece, para cada um, ao seu ritmo e ao seu tempo dependendo de factores genéticos, sociais, psicológicos, económicos, entre outros, é necessário encontrar medidas que minimizam as consequências que essas doenças possam causar aos idosos como a dependência, a perda de autonomia o isolamento social e a diminuição da qualidade de vida.

A perda da independência e da autonomia leva muitos idosos a procurar cuidados institucionalizados apesar de que em Portugal ainda impera a ajuda de familiares no que concerne os cuidados com o idoso, principalmente por parte do cuidador do sexo feminino, no entanto a saída da mulher para o mercado de trabalho nas últimas décadas e alterações progressivas que vem acontecendo no seio familiar (Carta Social de Serviços e Equipamentos - Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2009) houve a necessidade de procurar apoio em redes institucionais voltadas para os cuidados com essa população.

Bonfin *et al.* (1996) referem que lar de idosos “ constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou autonomia” e ainda ressalta que esse tipo de instituição fornece cuidados especializados de acordo com as necessidades dos utentes.

Em Portugal 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos de idade das quais cerca de 51.017 (3%) residiam em lares. A maioria dos idosos institucionalizados com idade superior aos 85 anos de idade é do sexo feminino (85%) (INE, 2002).

Sabe-se que os idosos, pelo próprio processo de envelhecimento, são indivíduos mais susceptíveis a alguns tipos de patologias. Uma das patologias que mais mata em todo o mundo são as Doenças Cardiovasculares (DC). Em Portugal, a DC (doenças coronárias, angina de peito, Acidente Vascular Cerebral (AVC), aterosclerose, etc) é a maior causadora de mortalidade em pessoas com menos de 60 anos (OMS, 2013) e também de morbilidade em todo território. Neste trabalho apenas citaremos algumas patologias que mais são encontradas em idosos e estão associadas ao objecto de pesquisa deste estudo.

A *Doença Cardiovascular* (DC) como o próprio nome diz é aquela que afecta o sistema circulatório (veias, artérias e vasos capilares) e o coração. Vários são os factores de risco que predispõe às doenças cardiovasculares além do carácter genético, são eles: tabagismo, vida sedentária, diabetes, hipertensão, idade avançada além de altas taxas de algumas substâncias como os triglicéridos (Caldas, 2000). Essas condições que predispõe a doenças cardiovasculares são as formações de placas de ateroma que diminuem o calibre das artérias.

O cérebro é um órgão bastante complexo e sua principal célula, o neurónio, necessita de uma boa reserva de oxigénio e glucose para sobreviver. Como a glucose e o oxigénio chegam até as células nervosas através da circulação sanguínea, uma vez interrompida ou prejudicada esse transporte poderá ocorrer morte celular provocando lesões cerebrais e muitas vezes levar o indivíduo a morte. Nesse seguimento uma das lesões mais conhecidas é o AVC.

O AVC apresenta um rápido desenvolvimento dos sintomas podendo ser focal ou global, provocando dano celular e prejuízos neurológicos, sua duração é de mais que 24 horas (OMS, 2006 citado por Leite *et al.*, 2011). O mais comum dos AVCs são os chamados isquémicos que acometem as principais artérias que levam sangue ao encéfalo. Leite, *et al.* (2011) referem que a isquemia acontece em 80% dos casos de AVC. Segundo Caldas (2000) “o doente é portador de uma doença que provocou alteração na parede das artérias e no momento de surgir o primeiro evento já muitas artérias estão lesadas e capazes de desenvolver processo semelhante.” O mesmo autor ainda refere que nesses casos, o doente manifesta o que chama de multienfarte podendo desenvolver um quadro demencial. Os AVCs hemorrágicos acontecem em menor proporção e sobrevivem quando há refluxo de sangue através do rompimento das artérias do encéfalo para os tecidos. São considerados mais graves e mais mortais e estão mais associados a hipertensão arterial grave, ruptura de

aneurisma ou de uma mal formação vascular congénita ou doenças que envolvam alterações na coagulação do sangue.

Os sintomas mais presentes no quadro de AVC são: distúrbio motor, incluindo falta de coordenação, alterações cognitivas, afasia, disfagia, alterações comportamentais, disartria, hemianopsia, apraxia e ataxia e convulsões (OMS, 2006).

Mann, *et al.* (1999), Smithard e O'Neill *et al.* (1996), citados por Sura *et al.* (2012) referem que a disfagia acomete acima de 64% dos idosos pós-AVC. Já Martino *et al.* (2013) associa a taxa de disfagia a uma taxa de 19% a 81% pós AVC.

Outra patologia que muito afecta os idosos são as Demências. Como já foi citado a demência pode surgir de um quadro de um evento isquémico como também é referido não como uma patologia e sim como um conjunto de sinais e sintomas (síndrome),” é crónica, progressiva e irreversível, dependendo das causas, os sintomas até podem ser controlados ou anulados com tratamentos específicos (Spar e Rue, 2005). As demências tendem a aparecer à proporção que a idade aumenta devido a factores extrínsecos e intrínsecos de cada ser humano, e de acordo com o declínio das reservas funcionais do cérebro o indivíduo torna-se inapto a tolerar as perturbações fisiológicas que aparecem. Abordaremos dentre os vários tipos de demências a mais comum delas na população idosa: A doença de Alzheimer (Caldas, 2000).

A *Doença de Alzheimer* (DA) apresenta uma taxa de prevalência de 50% dos casos de demência primária (Spar e Rue, 2005) e aumenta consideravelmente essa prevalência a partir dos 65 anos de idade. Estima-se que a partir desta idade, em cada 5 idosos, 1 tem DA, com 80 anos ou mais, 1 em cada 5 e a partir dos 95 anos, metade dos idosos tem DA. Acomete mais mulheres do que homens e observa-se mais em indivíduos com nível de instrução mais baixo (katzman, 1993, citado por Spar e Rue, 2005). Trata-se de uma doença progressiva, degenerativa, e irreversível, é transmitida de forma autossómica em poucos casos mas a maioria deles depende da vulnerabilidade genética e de factores ambientais. Os sinais da Doença de Alzheimer, mesmo no início da doença, geralmente, confundem-se com as doenças de foro psiquiátrico e muitas vezes os doentes acabam por procurar ajuda dos especialistas dessa área. Os sinais e sintomas típicos da Doença de Alzheimer são: desorientação temporal e espacial, comprometimento da concentração, perda da memória recente, problemas de linguagem, apraxia, problemas visuo-espaciais, perda da capacidade de cuidar de si próprio, perda da autonomia e da independência, comprometimento da personalidade, podendo também surgir depressão. Como é uma doença degenerativa o processo ocorre de maneira lenta, estima-se que um indivíduo com Alzheimer viva em média 10 anos. Ainda não há forma de diagnosticar a DA, portanto, após excluir os outros

tipos de demências, a sua hipótese diagnóstica faz-se de forma clínica através de análises ao sangue, da história pregressa do paciente, Ressonância Magnética (RM), Tomografia Axial Computadorizada (TAC), entre outros exames que cabe ao especialista prescrever.

Pelo seu complexo conjunto de sinais e sintomas principalmente envolvendo a linguagem, a memória e as praxias; as perturbações da deglutição estão também associadas a esta patologia.

Citamos algumas doenças neurológicas que afectam as funções cognitivas mas algumas dessas lesões também comprometem as funções motoras ou sensoriais dos idosos e que fazem parte do quadro de doenças degenerativas. A *Doença de Parkinson* (DP) é uma delas e é considerada a segunda doença neuro-degenerativa mais prevalente entre os idosos em ambos os sexos perdendo apenas para a DA (Seijo-Martinez *et al.* 2011). Muitos estudos indicam que a sua prevalência e incidência é alta em idosos institucionalizados ou que vivam no domicílio (Campenhausen *et al.* 2011). É uma entidade que apresenta degeneração das células cerebrais da camada ventral da parte negra e do *locus ceruleus*. Essa degeneração acontece devido uma diminuição da dopamina que é um neurotransmissor envolvido no controle dos movimentos, humor, emoções, aprendizagem, sono, cognição, e memória apresentando como principais sinais iniciais, presença de tremor de repouso, rigidez muscular, dificuldade em iniciar movimentos espontâneos, bradicinesias, além de apresentar inconstância postural devido a privação de reflexos posturais. (Meneses e Teive, 1996; Reis, 2004; Campenhausen *et al.*, 2011). O seu diagnóstico é clínico e através dos sinais que o indivíduo apresenta. Podem ser complementados com exames instrumentais como a TAC e RM com o objectivo de afastar outra doença com características semelhantes. Pode também manifestar distúrbios mentais como psicose e depressão, e disfunção gastrointestinal. Sendo uma patologia de comprometimento neuromotor a função da deglutição e da mastigação estarão alteradas.

Segundo a OMS (citado por Sousa *et al.* 2010) a *Depressão até 2020* será a segunda maior causa de incapacidade perdendo apenas para as doenças cardiovasculares. É uma doença muito prevalente nos idosos, correspondendo com mais de 60% dos internamentos em unidades psiquiátricas geriátricas. Em média está presente em 15% de idosos em lares (Okimoto *et al.*, 1982, citado por Spar e Rue, 2005) e em cerca de 30%, estão associadas a doenças de foro médico (Falk *et al.*, 1999 citado por Spar e Rue, 2005). O conceito de depressão não é consensual. Segundo Fontaine (2000) é muito complexo diferenciar uma depressão maior de um estado depressivo. As classificações mais conhecidas são a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e agora, com algumas mudanças, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5). É importante

salientar que certas características do diagnóstico da depressão variam com a idade. Nos idosos são mais comuns os seguintes sintomas: diminuição do apetite, sentimento de culpa, perda de peso, anomalias psicomotoras, auto-estima reduzida, ansiedade, psicoses, pensamentos suicida.

Han *et al.* (2010) no seu estudo sobre a relação entre a disfagia e o estado depressivo em pacientes com DP verificou que dos 127 pacientes de ambos os sexos analisados com idades compreendidas entre 69.1 e 79.1 anos de idade, a taxa de disfagia foi de 13,9% em indivíduo que apresentou depressão menor, 33% com depressão média, 50% com depressão moderada e 80% apresentaram depressão severa.

As doenças neurológicas quando afectam a linguagem podem causar perturbações da deglutição como as disfagias orofaríngeas e as disfagias neurogénicas. O mecanismo da deglutição pode ficar comprometido após AVC, principalmente, quando a lesão ocorre no hemisfério esquerdo, pois este corresponde a área da linguagem. Dependendo da extensão da lesão, esta, geralmente, pode resultar em sequelas motoras globais, alterações da fala, linguagem e deglutição (Barros *et al.*, 2006). Outras doenças que podem comprometer a deglutição são a DP e as demências. As demências provocam deterioração cognitiva global (Costa *et al.*, 2008), estando a linguagem, ou seja, as capacidades comunicativas prejudicadas e, por conseguinte, levando ao comprometimento da deglutição. A DP é outra doença que também apresenta degeneração cognitiva, como a memória, podendo levar ao comprometimento da deglutição.

Há uma alta probabilidade de ocorrência de eventos neurológicos em indivíduos idosos institucionalizados ou não que conduzem a sequelas muitas vezes irreversíveis se não forem diagnosticados e tratados atempadamente, limitando ou incapacitando os idosos tornando-os dependentes e sem autonomia.

1.2. FISILOGIA DA DEGLUTIÇÃO

A deglutição é um ato fisiológico que faz parte de todos os seres humanos e as suas perturbações são tópicos que interessam a diversas especialidades da área da saúde, tais como, dentistas, pois os movimentos incoordenados interferem na posição dos dentes; Neurologistas, onde os distúrbios da deglutição podem indicar sequelas de doenças intracranianas; Gastroenterologistas que enfocam o interesse mais na deglutição a nível do esófago e na transição esófago-gástrica; Pneumologistas, especialistas que participam no tratamento das pneumonias de aspiração, decorrentes de distúrbios da deglutição; E por fim, o otorrinolaringologista e o Terapeuta da Fala que atuam em parceria junto a indivíduos

com distúrbios da deglutição, no que se refere ao diagnóstico e tratamento destas através da avaliação dinâmica da deglutição” (Jotz, e Dornelles, 2009).

A deglutição foi conceituada na literatura por vários autores. Segundo Logemann (1994), citado por Furkim e Silva (2009) é um conjunto de comportamentos fisiológicos, que resultam do deslocamento de alimentos (líquidos ou não), da boca para o estômago de forma segura e eficiente.

Macedo Filho (1998) citado por Furkim e Silva, (1999), denomina “acto de deglutição” quando diz que a mesma é resultado de um processo neuromotor equilibrado e coordenado entre as fases que compõe a mesma resultando no efectivo transporte do alimento da boca até o estômago.

Wolf e Glass (1992) referem a deglutição como sendo uma mecanismo pelo qual o alimento é transportado pelo trato alimentar, através de uma sequência motora complexa e coordenada por um grande número de músculos da boca, faringe, laringe e esófago, com o objectivo de garantir a sobrevivência.

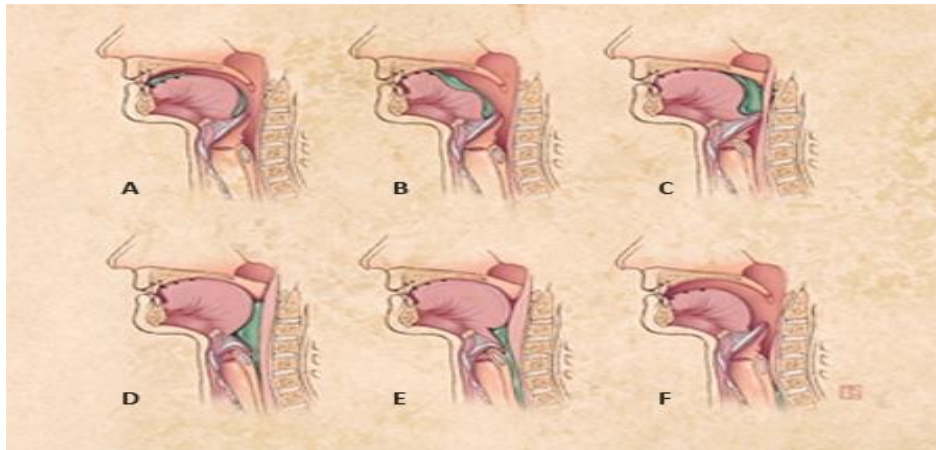
Para *Miller (1994)*, citado por Furkim e Silva, (1999), a deglutição é “uma série de comportamentos fisiológicos, os quais resultam em deslocamento de alimento líquido ou não, da boca para o estômago de forma segura e eficiente”.

Douglas (1994), citado por Furkim e Silva, (1999) define deglutição como “ato de engolir”, ou seja, “o transporte do bolo alimentar ou de líquidos da cavidade oral até o estômago” através de mecanismos neuromusculares muito complexos.

Furkim e Silva (1999) designam a deglutição como “um processo sinérgico compostos por fases intrinsecamente relacionadas, sequenciais e harmónicas, divididas em: fase preparatória e fase oral (voluntária), fase faríngea e fase esofágica (involuntária ou reflexa) ”.

Hernandez e Marchesan (2001) referem que o mecanismo de deglutição é um acto automático controlado pelo sistema nervoso, envolvido por vários nervos cranianos e o centro romboencefálico (centro específico para a deglutição) localizado no Bulbo, permitindo que o alimento seja transportado da região externa para o tracto gástrico.

O processo de deglutição requer o ordenamento de uma complexa série de procedimentos psicológicos, sensoriais e motores que se processam de forma voluntária e involuntária. Um ser humano sadio deglute em média 600 vezes por dia e o processo de deglutição está dividido em 4 fases: fase preparatória oral, fase oral, fase faríngea e fase esofágica (Logemann, 1997; Macedo Filho, 1999; Shaker e Staff, 2001), citados por Rozenfeld (2005).



Fase preparatória oral da deglutição (fig. A):

Inicia-se com a visualização do alimento e a sua sensação olfactiva, após esse evento há a introdução do alimento na cavidade oral, que deverá encontrar-se encerrada anteriormente (com a ajuda dos lábios, língua e bochechas) não permitindo o escape pelas comissuras labiais, esse evento é controlado pelo nervo facial (VII par craniano) e posteriormente, por sobre a base da língua. A língua é um órgão muito importante na mastigação pois é através dos seus movimentos (controlado pelo nervo hipoglosso, XII par) e dos movimentos mandibulares, controlado pelo nervo trigêmeo (V par), que ela prepara o alimento, lubrificado pela saliva, formando o bolo alimentar e em seguida propulsionando-o contra o palato duro, que será, conduzido, à posteriori, até a orofaringe.

No geral, quando se dar a entrada do alimento sólido na cavidade oral, o tempo que leva o alimento a ser conduzido as outras fases da deglutição vai depender de três etapas que são: incisão, trituração e pulverização que funcionam de forma hierarquizada, proporcionando o início da digestão. Quanto a alimentação líquida, normalmente o seu manuseio dura em média 1 segundo.

Fase Oral da deglutição (Fig. B e C):

É voluntária e involuntária e desenvolve-se com a propulsão do bolo alimentar da cavidade anterior para a posterior, orofaringe. É a língua que pressiona o bolo alimentar sobre o palato duro, obrigando-o a dirigir para a região posterior da cavidade oral permitindo a entrada do bolo na orofaringe. Nesse momento a nasofaringe abre-se para facilitar a respiração. Esse movimento eleva involuntariamente a laringe por estímulo das terminações nervosas do Glossofaríngeo (IX par) até que é desencadeado o reflexo da deglutição. A fase

oral da deglutição dura cerca de 1 à 1.25 segundos (Schindler e Kelly, 2002; Dahlin, 2004; Morris, 2005).

Fase Faríngea da deglutição (Figs. D e E):

A fase faríngea é involuntária e reflexa. É uma fase que acontece de forma rápida e coordenada. Através da acção dos músculos elevadores do véu palatino, palatofaríngeo, e o músculo tensor do véu e da úvula dá-se, em primeiro lugar, a elevação do palato mole vedando a nasofaringe não permitindo o refluxo nasal. A laringe eleva-se anteriormente, inclinando a epiglote para trás e para baixo protegendo a via aérea inferior, que se fechando proporcionando também a aproximação das pregas vocais falsas e das pregas vocais verdadeiras enquanto o bolo é direccionado lateralmente aos seios piriformes (Frota, 2008). Nesse breve momento a respiração é interrompida. Quando o alimento entra posteriormente na faringe, há a contracção no sentido crânio-caudal dos músculos constritores da laringe (superior, médio e inferior) propulsionando o bolo para o esófago.

Na laringe existe uma região denominada esfíncter esofágico superior (EES), o qual mede entre três a quatro centímetros de comprimento e a passagem do bolo alimentar por essa pequena região finaliza a fase faríngea da deglutição. O EES tem como função prevenir a aspiração e o refluxo esofágico.

Fase Esofágica da deglutição (Fig. F):

O esófago é um órgão com aproximadamente 20 centímetros de comprimento, é levemente achatado e de estrutura cilíndrica, que começa na cartilagem cricóide e termina no estômago. Com a passagem do alimento pelo EES inicia-se a fase esofágica, “a laringe retorna a sua posição normal e o tônus normal do esfíncter aumenta, prevenindo a regurgitação do alimento e a aerofagia” (Jotz e Dornelles, 2009). Entre 8 a 20 segundos é o período que leva para que aconteça a peristalse do bolo, concluindo o relaxamento do esfíncter esofágico inferior (ESI) e permitindo a passagem do bolo alimentar para o estômago. Essa fase é involuntária.

Alguns autores referem que essa fase dura apenas 3 segundos, e depende da consistência e da textura do bolo alimentar (Filho *et al.*, 2000; Jacobi *et al.* 2003).

1.3. DEGLUTIÇÃO E PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento ocorre de modo diferente para cada ser humano, sendo que algumas características permanecem semelhantes em todos aqueles que envelhecem; Locomoção, textura da pele e nível de agilidade são algumas modificações externas do corpo que mais são visíveis e semelhantes, a priori, no envelhecimento. O nível do comportamento da

plasticidade cerebral diminui e alterações a nível sensorial (visual, auditiva, olfactiva e gustativa). O estudo de *Sura et al.* (2012) referem que há um decréscimo no gosto e que a acuidade do cheiro talvez contribua para a redução da performance da deglutição em idosos. *Robbins et al.* (2006), citado por Subtil (2011) referem que no envelhecimento há uma perda progressiva do olfacto e do paladar podendo também perturbar a função da deglutição. Nessa fase também aumenta a detecção do limiar para encontrar diferentes sabores e talvez por isso muitas vezes os idosos tendem a introduzir mais sal na preparação dos alimentos, pois o sabor ao salgado é o primeiro a se perde.

Tanure et al. (2005) estudaram a deglutição no processo normal do envelhecimento e observaram alterações na fisiologia, estrutura e função no processo de deglutição tais como, redução da força mastigatória, dificuldade na preparação e organização do bolo, manipulação lenta do bolo, dificuldade de ejeção e redução do movimento ântero-posterior da língua.

Alterações da função e das estruturas do sistema estomatognático (Douglas e Douglas, 1998) as vezes são também observadas e fazem parte do processo de envelhecimento comprometendo a fisiologia da deglutição e, por vezes a fala do idoso.

Essas modificações percebidas no sistema motor-oral e sensitivo acontecem porque nesse sistema ocorrem mudanças que podem alterar toda a fisiologia da deglutição independente de haver, ou não, a presença de uma doença de base (Brauer e Framer, 2001). É importante realçar que, no envelhecimento, a deterioração da função cerebral como as perdas cognitivas (memória, atenção e aprendizagem) comprometem de forma directa ou indirectamente a função da deglutição.

As mudanças percebidas durante o envelhecimento na estrutura e na função do sistema estomatognático na cavidade oral que podem está presentes são: os lábios hipertrofiados podendo dificultar o vedamento lábil ocasionando escape de alimento pelas comissuras labiais, a língua pode diminuir sua força (Hernandez e Marchesan, 2001, Brauer e Frame, 2001, Malandraki e Robbins, 2013) como também pode haver mudanças ao nível do seu tamanho (hipertrofia) dificultando a mobilidade e, conseqüentemente, a propulsão do bolo alimentar e sua manipulação na cavidade intra-oral; o trânsito oral encontra-se lentificado, mudanças na própria mucosa oral são observadas assim como a ausência parcial ou total dos dentes podendo resultar em dificuldade na mastigação que é uma função muito importante do sistema estomatognático dado que a acção de triturar e preparar o bolo de forma eficaz para a deglutição. Esse evento pode levar o idoso à fadiga durante a alimentação (Furkim e Santinin, 1999). O uso de próteses mal adaptadas, a diminuição do osso alveolar devido a perda dentária, do olfacto e a da produção de saliva denominado

xerostomia são outras alterações que podem modificar o padrão mastigatório e a função da deglutição no idoso.

Num estudo publicado em 2009 por Ney *et al.*, os autores relataram que a xerostomia pode ser causada por diversos tipos de patologias, inclusive por medicamentos. A perda da saliva pode impedir o bolo de fluir e de resultar na sua retenção ao longo do processo de deglutição. A passagem mais lentificada do alimento para dentro do esôfago é outro risco que o idoso corre durante a deglutição pois nesse momento pode haver aspiração do alimento levando o idoso a pneumonias aspirativa. Também pode ocorrer refluxo do esôfago para a faringe ou potencialmente para a traqueia quando o indivíduo reclina após a alimentação. Essa retenção alimentar é denominada de estase intraesofágica.

Robbins (1996) citado por Vidigal *et al.*, (2001) referem que o idoso a partir dos 60 anos poderá apresentar diminuição na capacidade olfativa e um possível decréscimo do limiar gustativo para um sabor específico.

No idoso, os músculos e ligamentos que sustentam a laringe tornam-se mais flácidos perdendo a força, podendo facilitar o risco de aspiração, principalmente de líquidos, pois a abertura do trato respiratório pode encontrar-se abaixo do esfíncter esofágico superior (EES) (Brauer e Frame, 2001), ou seja, há hipotonia do músculo cricofaríngeo. Neste caso verifica-se haver alteração numa das principais funções que é a mastigação do bolo alimentar, podendo repercutir na dificuldade em colocar o alimento na base da língua e executar o movimento propulsor para a orofaringe ocasionando maior lentidão no mecanismo de deglutição; A região laringofaríngea também pode apresentar diminuição da sensibilidade. Outras alterações encontradas em estudos foram: ossificação da cartilagem laríngea e patologia articular endolaríngea e compromete a sensibilidade do vestibulo laríngeo.

No Esôfago, o esfíncter esofágico inferior (EEI) encontra-se mais relaxado nos idosos aumentando o trânsito da passagem do alimento para o estômago.

As alterações que acometem o processo de deglutição durante o envelhecimento são denominadas de Presbifagia.

Alguns estudos referem que o controle do hemisfério cortical nos indivíduos idosos desenvolve mecanismos que acabam por compensar as perturbações apresentadas no processo de deglutição durante o envelhecimento utilizando outras funções sensoriomotoras (Nogueira e Reis, 2013).

A alimentação é um dos maiores prazeres experimentado pelo ser humano durante a sua vida, não somente por questões nutricionais ou de sobrevivência mas também por

satisfação e prazer e, principalmente, por proporcionar socialização. Muitos idosos abandonam as saídas com os amigos, os passeios com a família, os jantares, festas, almoços em grupos porque se sentem constrangidos por apresentarem perturbações na deglutição de alimentos sejam eles líquidos, pastosos ou sólidos. Muitas dessas perturbações derivam de mal adaptações das próteses dentárias ou por agenesias parciais ou totais dos dentes ou mesmo pelo próprio comprometimento fisiológico e/ou anatômico do processo de envelhecimento assim como também de doenças inerentes ao envelhecimento.

Seja no contexto familiar ou institucional, isso é um fato muito comum e estudos (Estrela, *et al.*, 2009; Brauer & Frame, 2001) sugerem que há muitas queixas de perturbações da deglutição por parte dos idosos que começam a apresentar sinais e sintomas de perturbações da deglutição, entre eles: engasgos frequentes, tosse (antes, durante ou após a refeição), acúmulo de alimento na cavidade oral, pigarro, sensação de bolo na garganta, dificuldade para deglutir comprimidos, resíduos de alimentos na cavidade oral, dificuldade de deglutir certos alimentos sejam eles líquidos, pastosos ou sólidos, escape de alimento ou líquidos pelas comissuras labiais, sensação de bolo preso na hipofaringe, escape de alimento pelo nariz, dificuldade na mastigação, principalmente, pôr o alimento na base da língua, ato importante para a propulsão do bolo para a orofaringe, desconforto torácico a deglutição, perda de peso e voz molhada após a deglutição; Apresentam também sinais de esforço ao deglutir ou mastigar, deglutições múltiplas e repetitivas comparadas com a quantidade de alimentos que deglutem. Pode Também ocorrer vômitos e náuseas (Costa e Castro, 2003; Jacobi *et al.*, 2003).

Os idosos podem, outrossim, apresentar perturbações da deglutição durante o processo de envelhecimento mas não é senso comum que isso seja fidedigno, sendo que as maiores possibilidades de encontrarmos essas dificuldades em idosos são em decorrência de problemas associados a patologias de base. Citamos algumas ao longo do texto, mas as mais prevalentes nos idosos e que estão relacionadas as perturbações da deglutição são: os AVCs, a DA e a DP. Quando as perturbações da deglutição são procedentes de doenças de base denominamos essas perturbações de Disfagia.

1.4. PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

1.4.1. PRESBIFAGIA

Denominamos de Presbifagia qualquer alteração da deglutição nas fases oral, faríngea ou esofágica que acontece no idoso saudável em decorrência do processo natural de envelhecimento, a senescência, podendo desenvolver adaptações no processo de alimentação predispondo o idoso a Disfagia.

Para Estrela, Motta e Elias (2009), o termo Presbifagia significa qualquer alteração no sistema motor-oral-sensitivo do idoso em decorrência de modificações anatómicas e fisiológicas do próprio envelhecimento.

Robbins (1996) citado por Vidigal e Nascimento, 2001; Tanure *et al.*, 2005; Monteiro 2009; Logemann 1990; Robbins, 2006; Groher, 1992; Groher, 1999, citado por Furkim e Silva referem que o envelhecimento por si promove mudança na fisiologia das estruturas que envolvem o processo de deglutição e que essas mudanças ocorrem naturalmente.

Acosta e Cardoso (2010) definem a Presbifagia como modificações que acontecem no acto de deglutir durante o envelhecimento do ser humano, desenvolvendo adaptações na alimentação podendo deixar os idosos mais predispostos a apresentar Disfagia.

Cardoso *et al.* (2009) citado por Acosta e Cardoso (2012) refere que a Presbifagia acontece quando há uma compensação das perdas inerentes ao processo de envelhecimento levando o idoso a ajustar gradativamente o mecanismo da deglutição mantendo a sua funcionalidade.

Bilton e Fiorese (2003) afirmam que as modificações a nível da orofaringe, esófago e laringe quando ocorrem de forma isoladas não causam Disfagia nos idosos mas pode predispor-los ao aparecimento de doenças que podem produzir um quadro de Disfagia.

1.4.2. DISFAGIA

Disfagia é uma palavra que vem do grego e significa desordem no ato de comer.

A Disfagia é um sinal ou sintoma que pode aparecer na região oral, faríngea, laríngea e esofagiana e pode acometer qualquer idade sendo mais prevalente nos idosos quando vem associada a uma doença de base. Disfagia ou distúrbios da deglutição pode ser resultado de anomalias da cavidade oral, da faringe, laringe ou do esófago ou de dificuldades fisiológicas no controle dessas estruturas que podem ter origem genética, causadas por traumas, cirurgias ou doenças neurológicas agudas ou crônicas (Logemann, 1984).

Paixão e Silva (2010) referem que a Disfagia é uma dificuldade de deglutir quando há algum tipo de dificuldade no transporte do alimento da boca até o estômago.

Para Marchesan (1995), citado por Furkim e Silva (2009) a disfagia é um sintoma e não uma doença e está associada a uma dificuldade de deglutir. Pode acontecer de forma imprecisa, lenta ou ambas.

Buchholz (1994), citado por Furkim e Silva (2009) diz que a “mais funcional definição de disfagia é caracterizá-la como condição resultante de qualquer interrupção de prazer alimentar ou da manutenção das condições nutricionais e de hidratação.”

Refere Donner (1986, citado por Furkim e Silva, 2009) que disfagia é um transtorno da deglutição podendo acontecer desde a boca até o estômago em qualquer porção da região digestiva.

Furkim & Silva (1999) ainda referem que a entidade disfagia diferencia-se da deglutição atípica ou adaptada porque a primeira refere-se a um distúrbio da alimentação enquanto a segunda se relaciona a distúrbios mio-funcionais.

A Disfagia é definida na literatura de maneiras diferentes mas, entre os autores, há unanimidade em afirmar que a disfagia é uma dificuldade de deglutição e que ocorre de forma dinâmica desde a boca até o estômago atingindo qualquer região do tubo digestivo.

Uma das maiores sequelas da disfagia é a aspiração traqueal e penetração de alimento nas vias aéreas inferiores. Segundo o *Official Journal of the Asian Pacific Society of Respiratory* (2009) é necessário distinguir aspiração de aspiração silenciosa, ambas nocivas para a saúde. A aspiração ocorre durante a alimentação, provocando falta de ar no momento da deglutição. Esse episódio ocorre quando o alimento e/ou líquido atinge o nível abaixo as pregas vocais (Jacobi *et al.*, 2003; Silva, 2008). Também pode acontecer a aspiração silenciosa que ocorre quando as secreções não são percebidas a nível nasal, sem reflexo de tosse e surgem, principalmente, durante a noite. A aspiração silenciosa acontece quando não há a presença do reflexo de tosse. Esse reflexo tem a função de protecção da entrada de alimentos ou líquidos contaminados para as vias aéreas inferiores. A aspiração silenciosa pode aumentar em 54% a incidência de pneumonia (Martino *et al.*, 2012).

Kuyama *et al.* (2009) definem Pneumonia de Aspiração (AP) como a infecção do trato respiratório inferior que acomete os idosos pois apresentam mais predisposições a aspirarem conteúdos orofaríngeos ou gástricos em decorrência da disfagia.

A penetração é a entrada de alimento ou líquido no vestíbulo laríngeo sem que desça para as vias aéreas inferiores. Durante esse processo e se o alimento permanecer retido na parede da faringe, nas valéculas ou nos seios piriformes, a aspiração pode acontecer ao ser retomada a respiração. Também pode ocorrer escape de bolo alimentar da cavidade oral para a região posterior ocorrendo aspiração devido à função esfinteriana do palato mole durante a deglutição se encontrar alterada. O mecanismo ineficaz de protecção das vias aéreas também pode comprometer a sua protecção mesmo que todo esse mecanismo esteja intacto. Se o EES não desempenhar o seu papel e a pressão da faringe for ineficiente

permitindo a passagem do alimento para o esôfago, poderão ficar resíduos de alimentos na faringe e consequentemente poderem ser aspirados (Silva, 2008).

Outras complicações como a desnutrição, a desidratação, o tempo de permanência em hospitais e óbitos estão bastante associadas a Disfagia (Bonfim *et al.*, 2011)

A desnutrição representa um grande impacto nos casos de disfagia pois expõe o estado nutricional dos idosos podendo trazer complicações a nível proteico-calórico, perda de peso, comprometendo o sistema imunitário e respiratório podendo levar o indivíduo idoso a óbito (Jacobi *et al.*, 2003). A desidratação pode ocorrer em decorrência de perda líquida, diminuição do fluxo da saliva que leva a proliferação de bactérias, contração do volume dos vasos sanguíneos e redução tegumentar levando os idosos a letargia, xerostomia, desorientação, entre outros sinais ou sintomas.

Segundo Furkim *et al.* (2010), a hidratação assim como a nutrição devem ser objecto de cuidado nos lares para idosos pois é comum acontecer a redução do alimento em função das perturbações da deglutição, podendo provocar desnutrição e desidratação levando a morbidade ou mortalidade do indivíduo. Para além disso, a desnutrição pode levar a letargia (como já foi referido) e à diminuição da força muscular comprometendo os sistemas responsáveis pela defesa das vias aéreas inferiores, como o reflexo de tosse.

Outro problema muito comum relacionado com a disfagia é a iatrogenia por uso de alguns tipos de medicamentos necessários aos idosos com o avanço da idade. Os medicamentos prescritos para o controle ou tratamento de doenças neurológicas como a Doença de Parkinson podem alterar a saliva, como os anticolinérgicos, diminuindo (xerostomia) ou aumentando sua quantidade (sialorreia), assim como alterando também a sua consistência, dificultando a formação do bolo alimentar, podendo predispor o indivíduo idoso a perturbações da deglutição. Os medicamentos podem causar alteração da consciência, modificar o padrão motor promovendo, por sua vez, a desestruturação no processo de deglutição. Os medicamentos mais utilizados são os ansiolíticos e sedativos benzodiazepinas que provocam diminuição do reflexo de tosse causando aspiração. Os anti-histamínicos, antieméticos, neurolépticos, anti convulsivos, lítio e opiáceo também estão entre os medicamentos que causam depressão respiratória, repercutindo na probabilidade do aumento de aspirações (Subtil, 2009)

Estudos realizados por Park *et al.* (2012) referem que a Disfagia é um dos maiores problemas presentes em idosos que vivem em lares. O estudo consistiu em avaliar a prevalência da disfagia em idosos com idade compreendida entre os 65 anos aos 103 anos. O estudo constatou que dos 395 idosos avaliados 52,7% apresentaram disfagia. O mesmo

estudo refere que a disfagia é um problema comum nos Estados Unidos entre idosos que vivem em lares (40%-60%) contra 13%-33% de adultos mais velhos não institucionalizados e ainda no mesmo estudo refere que em países como Japão e Itália os estudos tem mencionado que 22%-60% dos adultos mais velhos também sofrem de disfagia.

Num estudo sobre Disfagia no envelhecimento e administração e considerações nutricionais os autores relataram que a Disfagia atinge acima de 68% dos idosos que vivem em lares e que tem sido associada ao aumento da mortalidade e da morbidade entre essa classe e que as doenças mais prevalentes associadas a disfagia ao envelhecimento são os AVCs e a demência (Sura *et al.*, 2012).

Outro ponto importante que é sempre realçado é a questão do uso de próteses dentárias e a adaptação das mesmas assim como a sua correta higienização. Estudos relatam que a má adaptação das próteses nos idosos além de favorecer a perda de osso alveolar prejudica a mastigação comprometendo a fase orofaríngea da deglutição e a escassez da limpeza das próteses dentárias pode levar ao aparecimento de bactérias anaeróbias e aeróbias potencializadoras de infecções e quando associadas a perturbações da deglutição ou Disfagia, o idoso pode aspirar e conseqüentemente apresentar pneumonias aspirativas.

Além de todas as conseqüências referidas, a Disfagia leva o idoso ao isolamento social, à depressão, prejudica as relações sociais e as relações entre cuidadores/familiares e idosos pois a alimentação e o prazer alimentar são considerados um dos principais meios de socialização entre as pessoas, de qualquer idade. Alguns estudos referem que pessoas com disfagia iniciaram um processo de ansiedade e pânico durante as refeições pelo receio de se engasgam pois apresentavam-se com redução da autoconfiança e fragilidade (Frota, 2008) causando prejuízo da sua qualidade de vida.

As disfagias são classificadas segundo as causas ou o comprometimento das fases da deglutição (Macedo *et al.*, 2000) citado por Vale-Prodromo, Carrara-de-Angelis e Barros (2009).

Segundo a etiologia:

- a. **Disfagias mecânicas:** podem acontecer em conseqüência de alguns tipos de cancro ou do próprio tratamento para combater a doença. Próteses orais mal adaptadas, traumas e infecções também podem provocar Disfagia mecânica. Geralmente, quando a dificuldade deglutição é somente com alimentos sólidos, sugere-se esse tipo de disfagia por esse alimento necessitar de maior manipulação intra-oral.
- b. **Disfagias neurogênicas:** estão associadas a problemas do sistema nervoso central ou periférico como sequelas de patologias como os AVCs, Traumatismo Crânio

Encefálico (TCE), DP, Paralisia Cerebral (PC), doença degenerativas, entre outras. Esse tipo de disfagia é muito encontrado nos idosos.

Segundo as fases da deglutição:

- a. Disfagia oral:** acontece quando o comprometimento ocorre nas fases preparatória oral ou oral. Pode acontecer na presença de apraxia oral, em indivíduos que utilizam próteses dentárias mal adaptadas e paralisia unilateral de língua.
- b. Disfagia faríngea:** é quando o comprometimento é essencialmente na fase faríngea da deglutição. Ex. paralisias faríngeas e/ou laríngeas, ou laringectomias parciais, ou AVE.
- c. Disfagia orofaríngea:** nesse caso em específico as alterações ocorrem em ambas as fases simultaneamente. Acomete indivíduos que necessitaram de uma excisão de estruturas da boca (glossectomias parciais horizontais com extensão da cirurgia para a base da língua) e com doenças neurológicas (DP, PC, entre outras.).

Frota (2008) refere que nas disfagias orofaríngeas são observadas dificuldades em iniciar a deglutição, seguida de tosse, engasgos e regurgitação nasal. Menciona que na disfagia esofágica, o indivíduo pode sentir o alimento preso no esôfago após a deglutição e que nas disfagias mecânicas a maior dificuldade do indivíduo para deglutir é para os alimentos de consistência sólida. Já nos problemas neuromusculares, que englobam as neuropatias, miastenias e miopatias, pressupõem-se que haja dificuldade para alimentos sólidos e líquidos.

A disfagia pode ser classificada em três graus nos casos das neurogênicas que são as que mais afetam os idosos:

- a. Disfagia leve:** quando não há caracteres que sugerem entrada ou aspiração laríngea, ejeção lenta e a incoordenação do controle oral está presente. Há presença de alteração do músculo labial, incoordenação da língua, o reflexo de deglutição encontra-se alterado, inexistência de tosse, não há alteração da voz após a deglutição, ausculta cervical apresenta-se normal, a laringe apresenta elevação mesmo que não seja dentro da normalidade.
- b. Disfagia moderada:** ocorre quando a condução do bolo alimentar se encontra atrasado e lento, há sinais de penetração laríngea e risco de aspiração. Podemos encontrar alteração do músculo dos lábios, movimentos linguais descoordenados, atraso ou ausência do reflexo de deglutição, ausência de tosse, presença de tosse antes, durante e após a deglutição, movimento de elevação da laringe reduzido, voz alterada após a deglutição e há alteração da ausculta cervical.

- c. Disfagia severa:** nesses casos já há quantidade substancial de material aspirado e falha ou ausência no processo completo da deglutição. Os achados são reflexo de deglutição ausente, ausência de elevação da laringe, ausência do reflexo de tosse, presença de tosse durante ou após a deglutição, alteração da voz após deglutição, a respiração encontra-se alterada, a ausculta cervical está alterada com deglutição incompleta.

A fim de prevenir, minimizar e tratar os efeitos que a disfagia causa nos indivíduos idosos é necessário que as desordens desse processo sejam diagnosticadas de forma rápida e eficaz proporcionando aos idosos o tratamento mais adequado e diferenciado pois cada indivíduo é único na sua forma de estar, na doença que trás consigo e nos sinais e sintomas que manifesta.

1.5. AVALIAÇÃO DA DEGLUTIÇÃO NO IDOSO.

A primeira acção que deve ser realizada num idoso com queixa de perturbação da deglutição é uma anamnese completa, que deve ser feita, de acordo com as condições cognitivas, emocionais e de saúde e com a participação dos seus familiares/ cuidadores. Um aspecto relevante é a história clínica de vida pregressa do idoso, por exemplo, se apresenta doenças actuais, infecções otorrinolaringológicas, pneumonias de repetição, doenças crónicas, entre outras; Saber se faz uso de medicamentos e quais estão sendo administrados; A nível da alimentação: deve ser perguntado se tem dificuldade em manter o alimento na boca, quantidade de alimento que põe na boca, a consistência e textura do alimento que come, o tempo que leva para deglutir o alimento em cada refeição, se faz algum tipo de dieta em específico e se apresenta tosse e engasgos antes, durante e após a alimentação; Outras questões a perguntar é se observa algum escape nasal de alimento e/ou líquido, sufocamento durante a alimentação, resíduos alimentares na cavidade oral e fadiga durante a alimentação; Se faz uso de prótese dentária, agenesia total ou parcial dos dentes, entre outros. (Estrela *et al.*, 2009)

O terapeuta da fala como sendo um profissional com competências para avaliar e tratar as disfagias, principalmente as orofaríngeas é o responsável pela “avaliação clínica da deglutição e de outros processos relacionados a ela, como a fonação, articulação e respiração” (Tubero, 2001). Na avaliação clínica instrumental ou não é importante observar a capacidade de comunicação, as funções cognitivas e motoras, além dos sinais clínicos já aqui mencionados. O sistema motor-oral e suas estruturas como os lábios, dentes, mandíbula, bochechas, língua, palato duro, véu palatino, pilares palatoglosso e palatofaríngeo e parede posterior da faringe devem ser avaliadas o aspecto geral,

sensibilidade extra e intra-oral, simetria, postura, tónus e mobilidade. Outro aspecto importante a ser analisado é a voz e a articulação da fala pois verifica-se uma correlação directa entre a deglutição e esses aspectos, já que as estruturas que desempenham essas três funções são praticamente as mesmas e por isso alterações na voz e/ou na articulação pode ser indicativo de problemas na deglutição. O sinal de voz “molhada” após a deglutição pode ser indicativo de disfagia, pois é um sinal indirecto de penetração e/ou aspiração laríngea.

Quanto ao sistema estomatognático devem ser observados no idoso a respiração, a mastigação, a fala e a deglutição. A má coordenação entre essas funções ou a complicação em um ou mais deles podem dar-nos indicações de alterações na deglutição e/ou sinal clínico de penetração laríngea ou mesmo sinais de aspiração do alimento engolido para as vias áreas inferiores (Estrela *et al.*, 2009).

A observação de outros factores que podem dificultar ou gerar perturbações na deglutição deve ser investigada no idoso, tais como: agenesia parcial ou total dentária, uso de prótese dentária, má adaptação da prótese dentária e higiene oral. Um idoso endémulo, sem comprometimento neurológico que apresente queixa de dificuldade na alimentação, engasgos e dificuldade de deglutir alimentos mais consistentes, pode ser um indivíduo que seja sugestivo de comprometimento nas fases preparatória oral e oral propriamente dita da deglutição (Magalhães Júnior, 2012)

A observação da deglutição do idoso durante a avaliação clínica deve ser realizada de preferência durante a alimentação e nas suas várias etapas. O ambiente onde o idoso se encontra no momento da alimentação é outro factor preponderante para a avaliação pois, situações como televisão ou rádio ligado e conversas com outras pessoas, podem desviar as atenções e a concentração dos idosos e dificultar a deglutição. A postura durante a alimentação é um factor predisponente a aspiração e engasgos por isso é necessário ser verificada. Os tipos de utensílios utilizados pelo idoso ou por seu cuidador, o tempo que leva para se alimentar, a temperatura e consistência dos alimentos, duração do tempo que o alimento é manipulado na cavidade oral até o aparecimento da deglutição e o seu término são outros parâmetros importantes na avaliação da deglutição do idoso seja em contexto hospitalar, lares, domiciliar ou consultório privado. Todas as informações pertinentes sobre a alimentação do idoso também devem ser levantadas mediante consulta em processo clínico e em entrevista com o familiar/cuidador com o objectivo de colher dados importantes sobre o estado de saúde e o estado social do idoso.

Outros procedimentos podem ser realizados para complementar a avaliação da deglutição como a *auscultação cervical*, procedimento não-invasivo realizado com o estetoscópio sob a

região da laringe com o objectivo de verificar a presença ou não de ruídos nas fases de repouso, alimentação e deglutição da saliva. Essa técnica deve ser realizada antes, durante e após a deglutição. É um procedimento que avalia a integridade do mecanismo de protecção das vias aéreas e o tempo dos sons associados a deglutição (Leslie *et al.*, 2007; McKaig, 1999). Junto a auscultação cervical pode-se utilizar o oxímetro de pulso para verificar saturação do oxigénio do idoso durante a deglutição. Barros e Carrara-de-Angelis (2009) referem que os valores esperados em indivíduos normais variam de 90 e 100% O/min. Sherman *et al.* (1999) citado por Cardoso e Silva (2009) referem que “a relação entre o nível de saturação de oxigénio e a aspiração durante a ingestão de alimentos é estabelecida, já que frente à aspiração, há um declínio do nível de saturação de oxigénio e este é medido pelo oxímetro de pulso.”

A *videofluoroscopia* é hoje considerada o exame instrumental mais fidedigno e utilizado na avaliação da deglutição tanto em crianças como em adultos e idosos pois permite verificar de forma dinâmica as estruturas envolvidas na deglutição assim como a sua fisiologia antes, durante e após o tratamento fornecendo inclusive, dados que possam nos indicar a melhor linha de tratamento para as perturbações da deglutição observadas no indivíduo. Costa (1998) refere que a videofluoroscopia é realizada empregando solução de sulfato de bário como meio de contraste. É um método que pode ser gravado em vídeo permitindo a revisão clínica e interpretação posterior da deglutição sem submeter o indivíduo a novas radiações.

Outro exame que pode complementar a avaliação da deglutição em conjunto com a videofluoroscopia é a *videoendoscopia*.

A *videoendoscopia* é um método que não envolve radiação e consiste na ingestão de alimentos corados de diferentes consistências permitindo a visualização anatómica da orofaringe e da laringe. É introduzido um nasofaringolaringoscópio pela narina onde é observado inicialmente, a mobilidade do palato e o fechamento velo laríngeo. Logo após são observados os seios piriformes e as pregas vocais em repouso e durante a fonação. A sensibilidade da laringe é outro ponto observado na *videoendoscopia* que também é gravado em vídeo facilitando futuras observações e reavaliações da deglutição.

Quando os exames radiológicos não forem bastante esclarecedores indica-se a realização da *manometria* que consiste na introdução de uma sonda, preferencialmente, por via nasal, onde é observado a motilidade do esófago que ao apresentar-se alterado pode levar o indivíduo a apresentar disfagia (Gruber, *et al.*, 2009).

A *cintilografia* é um procedimento utilizado para quantificar os resíduos e evidenciar de forma clara o trânsito de alimentos na orofaringe, hipofaringe, laringe, traqueia e esófago

assim como avalia o tempo de trânsito, a acumulação e localização do bolo alimentar aspirado. É um exame caro e de baixa praticidade (Hamlet, 1994 citado por Sá, 2009), Peltman e Schulze-Delrieu, 1997).

Outros exames também são ainda indicados na avaliação da deglutição, apesar de não serem os mais indicados, como por exemplo: pHmetria, electromiografia, ressonância magnética padrão ou ecoplanar durante a deglutição, ultrason na deglutição orofaríngea e esofágica endoluminal.

Atualmente muitos instrumentos, como questionários e escalas, estão sendo criados com o objectivo de avaliar a deglutição e a percepção da deglutição de forma rápida e eficaz, tanto a beira do leito, assim como em lares para idosos. Várias pesquisas científicas vêm sendo realizadas com a função de validar e adaptar transculturalmente esses instrumentos de avaliação tendo como objectivo, triar de forma rápida e eficiente as perturbações da deglutição provenientes do envelhecimento ou advindas das disfagias.

1.6. ESCALAS E QUESTIONÁRIOS PARA AVALIAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

A nível internacional, existem escalas e questionários que possibilitam avaliar, detectar e monitorizar as perturbações da deglutição e a disfagia. Entre esses instrumentos há consideráveis diferenças que se tornam importantes na escolha do instrumento mais eficiente para avaliação. A validação ou não do instrumento, a necessidade de ser realizado com o individuo cooperante ou não, tempo de aplicação do instrumento e sua facilidade na aplicação e necessidade de uma avaliação funcional da deglutição são as diferenças principais encontradas nas escalas e questionários para avaliação da disfagia. Em Portugal ainda não há escalas e questionários validados que avaliem a deglutição.

Seguiremos apresentando algumas escalas e questionários que podem ser utilizados para o despiste das perturbações da deglutição a beira do leito ou no próprio ambiente onde é feita as refeições independente de serem realizadas em lares ou hospitais.

- O *Swallowing Quality of Life* (SWAL-QOL) (McHoney *et al.*, 2000) é um instrumento que tem como objectivo classificar a disfagia orofaríngea através da medição dos seus sintomas. É composta por 44 itens com 11 domínios que medem a sobrecarga, frequência dos sintomas, duração da alimentação, desejo de comer, medo de comer, sono, fadiga, comunicação, saúde mental e funcionamento social. Por sua aplicação ser demorada, é pouco utilizada pelos profissionais de saúde além de que ainda é uma escala que não foi validada.

- *A Deglutition Handicap Index (HDI)* (Woisard *et al.*, 2006) é um questionário de auto-avaliação cujo objectivo é avaliar disfagia em adultos. O instrumento é apresentado em 30 ítems sendo dividido em 3 domínios: físico (relaciona sintomas específicos com a deglutição), funcional (avalia o impacto e a repercussão da disfagia no estado nutricional e a função respiratória) e emocional (avalia as consequências emocionais ou psicossociais da disfagia). O somatório de todos os ítems do HDI é no total 120 pontos. As respostas dos ítems são entre (0) nunca, (1) quase nunca, (2) às vezes, (3) quase sempre e (4) sempre.
- *MD Anderson Dysphagia Inventory (MDADI)* (Chen *et al.*, 2001) é um instrumento que tem como objectivo avaliar qualidade de vida e sintomas de disfagia em doentes com cancro de cabeça e pescoço. É baseado numa escala de Likert 5 de pontos, o qual avalia a disfagia através de 4 escalas: global, emocional, funcional e física. Apresenta 20 ítems sendo o primeiro (global que apresenta 1 questão sobre o quanto a dificuldade de deglutir repercute na sua rotina diária), emocional que representa as emoções dos utentes à disfagia, funcional que capta o impacto que a disfagia tem na vida diária e a escala física que representa a auto-percepção que o utente tem para deglutir. A escala emocional e a escala funcional apresentam apenas 1 item com cotação 5 (concordo totalmente) e cotação 1 (discordo totalmente). Os demais ítems têm cotação de 1, concordo totalmente e 5, discordo totalmente. A primeira questão tem cotação individual. Soma-se a restante, tira-se uma média que será multiplicada por 20, com 0 indicando funcionamento baixo e 100, alto funcionamento. Portanto uma cotação 100 indica melhor funcionamento e melhor qualidade de vida.
- *Swallowing Disturbance Questionnaire (SDQ)* (Yael *et al.*, 2007) é um questionário auto-administrado que objectiva avaliar a presença ou não de disfagia. É analisado através de 15 perguntas onde o utente responde “sim” ou “não” aos ítems do instrumento.
- *Sydney Swallow Questionnaire (SSQ)* (Cook, 2000) é um instrumento auto-administrado que avalia a deglutição através de 17 perguntas onde utente responde marcando um x em cima de uma escala visual analógica que pode indicar, menor problema (quando marcado mais para a esquerda), problema moderado (quando marcado mais ao meio) e problema maior (quando marcado mais a direita da linha). A análise das respostas do questionário é realizada através do somatório das 16 questões individuais e do score Q12 multiplicado por 20.
- *Eating Assessment Tool (EAT-10)* (Belafsky, 2008) é um instrumento auto-administrado que pode ser utilizado para documentar a percepção da gravidade inicial da disfagia e monitorizar a resposta ao tratamento de pessoas com perturbações da deglutição das mais variadas etiologias. A sua aplicação é simples e

rápida, em torno de 2 minutos, não precisa de avaliação funcional e é uma escala que já se encontra validada em seu país de origem. Necessita da integridade cognitiva e comunicativa do indivíduo em avaliação

Segundo Logemann (1999) os testes que avaliam a disfagia devem ser rápidos, não invasivos, com baixo risco para o indivíduo e que identifique os sintomas da disfagia. Observa-se que dentre as escalas citadas o EAT-10 é o instrumento de aplicabilidade mais fácil e rápida e além dessas características citadas, não necessita de uma avaliação funcional prévia. O próprio indivíduo responde as perguntas, diferentes das outras escalas mencionadas onde é o avaliador que aplica os testes. Seria importante o contributo da validação desse instrumento como meio de despiste das perturbações da deglutição nos idosos inseridos em lares já que em português europeu ainda não há instrumentos que contempla a avaliação das perturbações da deglutição e da disfagia.

1.7. EATING ASSESSMENT TOOL (EAT-10)

Em 2008, Belafsky *et al.* criou o *Eating Assessment Tool* (EAT-10), um instrumento auto-administrado que avalia os sintomas específicos da disfagia. A proposta do seu estudo foi aferir a validade e a confiança do EAT-10 como um instrumento de fácil aplicabilidade e rapidez respondido pelo próprio indivíduo disfágico, com disfagia orofaríngea ou esofágica. O objectivo do instrumento é avaliar a gravidade dos sintomas da percepção da disfagia.

O EAT-10 é um instrumento que demora cerca de 2 minutos para ser preenchido. É formado por 10 itens classificados de 0 a 4 onde a partir do item 3 já é considerado a presença de disfagia. O item 4 caracteriza a presença grave de disfagia e o item 0, ausência de disfagia.

Belafsky *et al.* (2008) construiu o instrumento em 4 fases. A fase 1 originou os itens da escala através de uma lista individual de 10 questões importantes para o tipo de escala estudado elaborado por uma equipe multiprofissional da saúde composto por gastroenterologistas, terapeuta da fala e linguagem, nutricionistas e otorrinolaringologistas experientes e com base numa revisão da literatura sobre o assunto disfagia. Após a criação das 10 questões, realizou-se uma revisão das mesmas originando 20 questões escolhidas pelos profissionais, onde cada tem das 20 questões foi organizado numa escala tipo Likert (cada item tinha 5 pontos).

Na fase 2 foi verificado a consistência interna do EAT-20 através duma amostra de 100 indivíduos com história clínica de desordens neurológicas, na voz, deglutição, refluxo, nas vias aéreas, problemas reumatológico, hematológico ou neoplasias. O exame foi administrado nesses indivíduos em 2 ocasiões com uma diferença entre a primeira e a

segunda aplicação do teste de 24 horas. Após esta fase foram excluídas 10 questões consideradas redundantes, surgindo então, o EAT-10 (Belafsky *et al.*, 2008).

A fase 3 foi realizada com uma amostra de 100 indivíduos sem histórico clínico das patologias citadas na fase 2 com o objectivo de obter valores normativos para o EAT-10 (Belafsky *et al.*, 2008).

Na fase 4 (última), o EAT-10 foi administrado em 46 indivíduos antes e depois de receberem tratamento para disfagia. O objectivo desta fase foi o de obter a validade do instrumento e foi confirmada esta validação quando se comparou a amostra com a de indivíduos saudáveis e de indivíduos citados na segunda fase (Belafsky *et al.*, 2008).

O EAT-10 é um instrumento que pode ser aplicado em todos os pacientes para a confirmação dos sintomas, da qualidade de vida e da eficácia do tratamento em disfagia. É rápido, fácil de aplicar e de interpretar sendo uma pontuação alta indicativo de uma alta percepção da disfagia. Pode ser aplicada por qualquer pessoa pois não há necessidade de conhecimento profundo da escala.

Kaspar e Ekberg (2012) citam que uma ferramenta como o EAT-10 é um instrumento validado que serve como protocolo de assistência integral que permite que as equipas multidisciplinares possam gerir com qualidade e eficazmente a disfagia reduzindo o impacto social e económico e melhorando a qualidade de vida do paciente.

Burgos *et al.* (2012) adaptaram e validaram o EAT-10 para a língua espanhola e concluiu que através da sua consistência, confiabilidade, validade interna que o EAT-10 é um instrumento fácil de entender e rápido para completar, sendo, por este motivo, considerado útil para a triagem da disfagia na prática clínica.

Gonçalves *et al.*, (2013), traduziram transculturalmente o EAT-10 para o português brasileiro e concluíram que o EAT-10 é um instrumento que fornece uma importante contribuição para a identificação dos riscos da disfagia permitindo uma indicação precoce da intervenção e o acompanhamento da reabilitação. O EAT-10 encontra-se em finalização do processo de validação no Brasil.

Schindler *et al.* (2013), em seu estudo avaliou a validade do EAT-10 para a língua italiana. Os seus resultados mostraram uma excelente consistência interna e uma forte confiabilidade teste-reteste e concluíram que o EAT-10 é uma ferramenta válida e confiável para avaliar sintomas de disfagia.

Ercila *et al.* (2012) em sua pesquisa refere que o EAT-10 é um teste escala de aplicação fácil e rápido podendo evitar a malnutrição e outros problemas associados como também

aconselha a sua aplicação do teste como rotina em idosos como forma de confirmar as acções preventivas da disfagia.

Em resumo o EAT-10 é um teste útil para a triagem da disfagia em idosos inseridos em lares ou centros de dia.

No âmbito do M2M o EAT-10 foi validado para o Português Europeu que se passou a denominar P-EAT-10. Esta validação que se encontra em fase de publicação passou pela fase de preparação com o pedido de autorização formal para a tradução, adaptação linguística. A segunda fase se deu com a tradução propriamente dita em que surgiu duas versões traduzidas. Na terceira fase seguiu-se a fusão das duas traduções (versão de consenso) e depois a retroversão através da tradução da versão do consenso do Português Europeu para a língua original. Após passar por essas fases a versão final foi enviada para os autores e após aprovada a versão final do instrumento foi finalmente redigida.

Actualmente a Escala do P-EAT-10 está igual ao original, mas a data em que foi aplicada nesse estudo, a mesma tinha sido invertida, ou seja, a pontuação da escala aplicada variou de 0-4, onde a pontuação 4 refere que o indivíduo tem percepção dos sinais de perturbações da deglutição.

1.8. CONTRIBUIÇÃO PARA O DESPISTE PRECOCE DAS PERTURBAÇÕES DA DEGLUTIÇÃO

O Terapeuta da fala é o profissional de excelência para fazer a prevenção, o diagnóstico e a reabilitação das perturbações da deglutição em qualquer contexto da área da saúde

No seguimento aos instrumentos aqui relacionados, outros métodos são tão importantes quanto estes, tais como, a orientação acerca das perturbações da deglutição, suas sequelas, manobras apropriadas no caso de engasgos e quando faz-se necessário o encaminhamento para o Terapeuta da Fala. Todos os indivíduos que lidam com os idosos, inclusive ele próprio (quando é o caso) devem estar informados e orientados quanto às perturbações da deglutição, suas consequências, como é possível observá-la e que tipos de abordagens podem ser utilizadas para minorizar o seu impacto.

Em primeiro lugar é importante lembrar que uma abordagem interdisciplinar (médico, nutricionista, terapeuta da fala, enfermeiro, dentista, auxiliares, entre outros) é imprescindível para a avaliação e gestão das perturbações de deglutição e disfagia em qualquer contexto que o idoso se encontre.

É relevante também referir a importância de uma boa postura durante a alimentação. O idoso que alimenta-se por via oral ou por alimentação alternativa (sondas, PEG) deve fazer-

lo sentado com os pés inteiramente apoiados no chão, braços apoiados sobre a mesa, coluna erecta o mais possível e cabeça em linha media. Em idosos acamados, mesmo que recebam alimentação por via oral ou via alternativa nunca alimentar-se deitado pois esta posição facilita os engasgos e aspiração dos alimentos ingeridos. A cama deve ter sua cabeceira elevada em torno de 45 a 90 graus. No caso de indivíduos que engasgam, uma manobra que ajuda é, durante a deglutição, flectir a cabeça, essa manobra evita a aspiração do alimento e, consequentemente, a pneumonia aspirativa.

O uso dos utensílios como causador de mudança na fisiologia da deglutição é outro ponto a relatar. Alguns autores referem que o uso da colher é mais eficiente pois causa menos penetração e aspiração, quando comparado a oferta de alimento no copo, neste os indivíduos apresentaram mais episódios de aspirações visto que ao deglutirem, a quantidade de líquido ser bem maior (Barros *et al.*, 2009).

Alguns acessórios são importantes a ter em consideração na alimentação do idoso com perturbações da deglutição. Copos transparentes e inquebráveis com duas alças que são mais facilmente agarrados, assim como copos com recorte que facilitam a postura correta da cabeça/pescoço durante a deglutição. Em Idosos com sequelas de AVCs é necessário o uso de talheres com esponjas macias nos cabos pois facilitam o manejo tornando sua pega mais segura. Pratos com o fundo antiderrapante e borda alta ajudam, respectivamente, que o mesmo escorregue e a retirada do alimento com o talher. Os Idosos com diminuição do controle da extremidade superior podem beneficiar-se de colheres tortas pois são agarradas com mais segurança, facilitando a sua manipulação. Há que referir que os talheres devem ser, preferencialmente, de metal que não quebram e por isso previnem acidentes.

Outro ponto a referir são as consistências e o volume dos alimentos. Oferecer alimentos em quantidades menores pode reduzir o risco de engasgos e aspirações. Mastigar bem os alimentos quando possível e comer devagar é outra técnica indispensável para prevenir engasgos e também aspirações. Quanto a consistência dos alimentos, estes são adequados de acordo com a dificuldade ou não que o indivíduo apresenta durante a alimentação. Por exemplo, dificuldade com o movimento da língua ao manipular o bolo alimentar, indicamos alimentos de consistência líquido-pastoso pois facilita sua manipulação, não cansando o indivíduo durante essa fase, permitindo a deglutição.

Cuidado com alimentos como carne moída que são considerados muitas vezes pastosos mas que na verdade, é um alimento sólido. Os alimentos de consistência sólida são menos tolerados por idosos com perturbações da deglutição, o contrário dos alimentos líquidos. Quanto maior a consistência do alimento, maior é a força empregada pela língua na fase

oral e quanto mais força o idoso empregar nas fase oral da deglutição mais cansaço apresentará e consequentemente o risco de engasgos e aspiração aumentará.

É importante salientar o meio onde os idosos se alimentam. Lugares calmos e sem distrações são os melhores ambientes para a alimentação pois é importante a atenção e a calma durante a alimentação. Essas acções previnem engasgos e possíveis aspirações.

A higiene oral (escovação dos dentes, gengivas, língua e palato) é outro ponto importante na gestão das perturbações de deglutição e disfagia em idosos pois muitas vezes restos de alimentos ficam na cavidade oral dos idosos pelo facto de a maioria fazerem uso de prótese dentária ou ter agenesia total ou parcial de dentes ou mesmo ter problemas na fase oral da deglutição (dificuldade de mastigação e perda de força da língua). A higiene oral realizada pois além de prevenir engasgos e aspirações permite ao cuidador observar se o idoso esta com dificuldade na mastigação dos alimento. A toma de medicamentos é bastante comum entre os idosos e a sua administração também requerem cuidados pois além de poderem provocar alterações em algumas fases da deglutição também alguns idosos podem manifestar dificuldade em os ingerir.

Observar e relatar qualquer mudança no padrão respiratório, na qualidade da voz, no aumento do número de tosse, emagrecimento e desidratação é facto preponderante no rastreio das perturbações da deglutição e disfagia em idosos que residem em lares e utentes de centro de dia.

Algumas manobras posturais podem ajudar quando observa-se dificuldade durante a deglutição ou até mesmo em caso de engasgos. Essas manobras têm como objectivo mudar as dimensões laríngeas e a fluxo gravitacional da comida (Barros *et al.*, 2009). Importa ressaltar algumas manobras que podem ser utilizadas pelos idosos com orientação do cuidador. Lembramos que o cuidador deve ser treinado para aplicação dessas manobras:

- Flexão de cabeça: ajuda indivíduos que apresentam atraso na deglutição faríngea pois permite o acúmulo de alimento ingerido nas valéculas evitando a aspiração antes da deglutição; Em suma, essa técnica reduz as penetrações de alimento nas vias aéreas inferiores (VAI).
- Extensão de cabeça: a acção da gravidade nessa manobra facilita o trânsito oral. Indivíduos que apresentam dificuldades na propulsão do bolo para a faringe beneficiam-se com essa manobra mas é necessário ter cuidado pois a mesma pode facilitar aspiração, sobretudo na ingestão de líquidos.
- Rotação de cabeça: existem duas técnicas, uma quando direccionamos a cabeça para o lado pior e outra, quando direccionamos a cabeça para o lado melhor. A

primeira ajuda, durante a deglutição, que o alimento passe com maior facilidade. É o caso das paralisias unilaterais de prega vocal. A segunda manobra, o alimento é direccionado para o lado melhor direccionado pela força da gravidade, como é o caso de pessoas que apresentam alterações unilateral da cavidade oral (Barros *et al.*, 2009).

- É importante também estimular o reflexo de tosse e o pigarro no idoso pois essas manobras ajudarão na limpeza faríngea, evitando aspiração do alimento.

Existem muitas manobras para reabilitar as disfagias mas boa parte delas são técnicas que devem ser aplicadas por Terapeutas da Fala ou Fonoaudiólogos especializados, pois essas manobras são utilizadas dependendo do tipo de disfagia que o idoso apresenta sendo necessário, antes de as aplicar, deve-se compreender profundamente a biomecânica da deglutição e os objectivos de cada manobra.

As manobras de deglutição devem ser realizadas por profissionais treinados pois algumas delas ao invés de minorar o problema podem potencializar. Esse também é um dos grandes motivos da presença de terapeutas da fala em contexto de lares e centros de dia.

PARTE 2 – ESTUDO EMPÍRICO

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

O estudo realizado é do tipo quantitativo pois é apropriado quando existe a recolha de medidas quantificáveis (Sousa e Baptista, 2011). Considerando os seus objectivos direccionamo-nos para um tipo de estudo descritivo pois se pretende descrever de forma rigorosa e nítida as características de uma população e exploratório, por se tratar de um estudo pouco ou deficientemente explorado, transversal, porque os dados foram recolhidos num único momento, e analítico-correlacional, porque se pretende compreender as relações e correlações entre as variáveis em estudo.

2.2. População Estudada

A população estudada foi composta por indivíduos com mais de 65 anos de idade, de ambos os sexos, inseridos em instituições de idosos no Concelho de Cascais.

2.3. Amostra

Os parâmetros de uma população só é possível ser estudado se os dados colhidos forem de toda a população, circunstância essa difícil de ser atingida, além de que pode tornar a

pesquisa demorada e onerosa para o investigador. Isso faz-nos pensar nos inconvenientes dirigindo-nos para a escolha de uma amostra da população universal onde possamos estimar e depreender dados na sua generalidade.

O estudo foi realizado com uma amostra de idosos de ambos os sexos e foi do tipo não probabilística ou de conveniência.

2.4. Critérios de inclusão e não inclusão

Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com 65 ou mais anos, que não apresentassem défices de fluência e de linguagem para responderem os testes aplicados e não estarem acamados. Os indivíduos podiam ser ou não residentes das residências pois uma parte da amostra foi recolhida em um centro de dia onde juntos, todos os idosos participam das mesmas actividades propostas pela instituição.

Segundo os critérios de não inclusão, foram excluídos os indivíduos com idade inferior aos 65 anos que recusassem-se a participar do estudo, não estivessem aptos a responder o questionário ou estarem impossibilitados de participar do estudo.

2.5. Consentimento Informado

Quanto ao consentimento informado, uma vez que nos foi comunicado pelo Director de ambas a residências e do centro de dia que os utentes ao serem admitidos nas residências automaticamente autorizam a sua participação em investigações de cunho científico, não foi necessário um documento próprio autorizando a participação dos idosos no presente estudo.

2.6. Variáveis

As variáveis foram escolhidas de acordo com os objectivos propostos neste trabalho. Dividimos as variáveis em explicada e explicativas.

1. EXPLICADA

Percepção de perturbações da deglutição (inquirição auto-administrada do P-EAT-10) (inquirição após teste de ingestão - 3 OZ Water Test - 3OZWt)

2. EXPLICATIVAS

- Dados sócio-demográficos (idade, sexo, local de residência e habilitações literárias);
- Percepção do estado de saúde (EQ-5D);

- Condições de saúde/morbilidade;
- Estado cognitivo (Mini Mental State Examination - MMSE);
- Estado emocional/depressão (Escala de Depressão Geriátrica - EGD);
- Grau de dependência (Índice de Barthel – IB);
- Linguagem (Teste de Nomeação (TN); Token Test (TT) de compreensão.

2.7. Hipóteses

As hipóteses que se seguem foram elaboradas de acordo com os objectivos propostos no estudo e as variáveis formuladas.

Hipóteses

1. Existe relação entre o score do P-EAT-10 e os resultados do 3OZwst obtidos numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.
2. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e os dados sócio-demográficos (idade, sexo, habilitações literárias e local de residência), de uma população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.
3. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e a percepção do estado de saúde, numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.
4. Existe correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e estado cognitivo, numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.
5. Existe correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o estado emocional/depressão, numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.
6. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o grau de dependência, numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.
7. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e a linguagem (nomeação e compreensão), numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.

2.8. Instrumentos de Avaliação

- Questionário Sociodemográfico: para caracterizar a amostra sócio geograficamente foi construído um questionário com o objectivo de obter dados referentes a naturalidade, idade, sexo, estado conjugal, local de residência, e profissão que exerceu (constando 11 itens).
- Questionário sobre as condições de saúde: um questionário sobre condições de saúde foi desenvolvido para obter dados referentes ao estado de saúde dos idosos. Dados sobre o quadro clínico principal e o quadro clínico secundário foram levantados e depois classificados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10); Dados sobre incontinência (se sofre, usa fraldas e com que frequência), visão, audição e percepção do estado de saúde, onde foi perguntado ao idoso como ele percebe o seu estado de saúde (muito bom, bom, razoável ou mau).
- EuroQol Quality of Life (EQ-5D) (EuroQol Group, 1987): É um instrumento organizado em duas partes, um sistema descritivo para verificar cinco dimensões da saúde (mobilidade, cuidados pessoais, actividades habituais, dor ou mal-estar e ansiedade ou depressão), cada dimensão contém 3 níveis (sem problemas, alguns problemas e muitos problemas (o estado de saúde do indivíduo é definido quando possibilita a combinação de um nível em cada uma das cinco dimensões) e uma escala visual analógica de pontuação – a EVAEQ-5D – que se apresenta em forma de termómetro e solicita que o idoso atribua um valor de 0 a 100 ao seu estado de saúde. O EQ-5D foi traduzido e adaptado para o português europeu por Ferreira, *et al.* (2010).
- Mini Mental State Examination: É um teste elaborado por Folstein *et al.* (1975), que tem como objectivo a avaliação do funcionamento cognitivo e pode ser utilizado como teste de rastreio para perda cognitiva (Apóstolo, 2011). Inclui 11 ítems subdividido em duas secções. A primeira exige do indivíduo respostas verbais sobre orientação, memória e atenção e a segunda, questões de leitura e escrita como nomeação, seguindo-se comandos verbais e escritos, escrever uma frase e fazer uma cópia de um desenho (dois polígonos). O resultado do teste resulta do somatório dos escores obtidos, que podem variar de 0 a 30. O MMSE foi traduzido e adaptado para o português europeu por Guerreiro *et al.* em 1994 e o seu score é obtido em função do grau de escolaridade do sujeito avaliado (analfabetos, ≤ 15 ; 1-11 anos de escolaridade ≤ 22 ; > 11 anos de escolaridade ≤ 27).
- Escala de Depressão Geriátrica (EDG): foi criada em 1983 por Yesavage *et al.* e consiste numa escala de avaliação heterogénea com 30 questões com duas

alternativas de resposta (sim ou não) onde o idoso responde conforme ele se sente ultimamente, especialmente na semana anterior à aplicação do teste. A versão utilizada nessa pesquisa foi a versão curta traduzida para o português europeu por Barreto *et al.* (2003, citado por Amaro, 2012), que consiste de 15 questões onde o somatório das perguntas que atinja a pontuação superior a 5 é considerado sugestivo de depressão e pontuação superior a 10, refere depressão.

- Índice de Barthel (IB) (Mahoney e Barthel, 1965): é uma escala ordinal que tem o objectivo de medir a funcionalidade dos indivíduos, ou seja, o seu grau de dependência ou independência no desempenho em actividades de vida diária - AVDs (micção, defecação, higiene pessoal, uso da sanita, alimentação, transferências, mobilidade, vestir, usar escadas e tomar banho) de um indivíduo. No IB o score pode variar de 0 a 100, onde o valor alto significa que o indivíduo é independente nas AVDs, e o valor mais baixo, completamente dependente. Essa escala foi adaptada para o português europeu por Serqueira (2007).
- EAT-10: é um questionário criado por Peter Belafsky (2008) com o objectivo de fazer o despiste da disfagia através de 10 perguntas com respostas baseadas na escala Likert. O EAT10 pode ser auto-aplicado como também aplicado por um profissional da área de saúde. É um instrumento de fácil e rápida aplicação.
- O 3OZ Wst: é um instrumento criado por DePippo, Holas e Reding (1992) e é um método de avaliação individual para pessoas que estão em risco para disfagias orofaríngeas e aspiração. Realiza-se pedindo ao indivíduo que degluta, ininterruptamente, a quantidade pedida (3 dedos) de água depositada em um copo. Serão observados dados como: tosse, sufocamento, voz molhada ou nenhuma alteração. Essas respostas devem ser observadas durante a deglutição ou 1 minuto após o indivíduo ter deglutido (Nogueira e Reis, 2013).
- Teste de Nomeação é um instrumento utilizado para permitir a diferenciação entre as alterações da linguagem, características encontradas no processo de senescência, da DA e da afasia fluente, através da nomeação de 50 imagens. Sua execução dá mediante a nomeação das imagens pelo indivíduo e quando necessário será fornecida ajuda. A primeira ajuda é a pista semântica e se a pessoa continuar a errar, será fornecido a pista fonémica (fonema inicial da palavra alvo). Todas as respostas dadas pelo indivíduo serão transcritas para a análise. As respostas corretas valerão um (1) ponto e as erradas, zero (0) pontos. O teste será interrompido e dado como encerrado quando o avaliado errar 5 nomeações consecutivas das imagens apresentadas mesmo após ter recebido ajuda semântica e fonológica. O teste não tem limite de tempo para ser respondido.

- Token Test (Renzi e Vignolo, 1962) é um instrumento que permite avaliar a compreensão da linguagem em crianças e adultos e consiste em um conjunto de 20 peças com 2 tipos formas (círculo e quadrado) e cores diferentes (amarelo, vermelho, verde, branco e preto) distribuído em peças pequenas e grandes. As peças são organizadas numa mesa à vista do avaliado e são apresentados uma série de comandos de baixa complexidade, que envolve apenas um comando, e depois de alta complexidade, que envolve dois comandos (“aponte o círculo”; “pegue no quadrado verde e no círculo verde”) (Moreira *et al.*, 2011). O teste original apresenta 62 comandos. O TT foi traduzido e adaptado para o português europeu por Damásio (1973) e este trabalho foi utilizado a versão reduzida do teste, com 22 comandos e o seu ponto de corte é obtido em função do grau de escolaridade (0 escolaridade deve obter no mínimo 7 acertos, 1-4 anos de escolaridade, mínimo de 12 acertos, 5-11 anos de escolaridade, mínimo de 12 acertos e acima de 11 anos de escolaridade, mais que 21 acertos.). O teste é de realização rápida e de fácil aplicação e do desenvolvimento linguístico é em relação à idade e nível de habilitações literárias. A pontuação é feita pela atribuição de 1 ponto a cada item que for respondido corretamente.

3. PROCEDIMENTOS

Esse estudo inseriu-se no âmbito do Projecto M2M que consiste na validação e adaptação de vários instrumentos nas áreas de linguagem, fala e disfagia. De forma a contribuir para a validação de instrumentos em disfagia foi optado desenvolvermos uma pesquisa sobre um instrumento (EAT-10) e sua eficácia para o despiste da disfagia em idosos a receber cuidados institucionais e utentes de centro de dia.

O trabalho em questão foi realizado numa primeira fase que consistiu no levantamento da literatura existente sobre o objecto de estudo nomeadamente em base de dados (Medline, LILACS, B-On) com as palavras-chave: presbifagia, disfagia, EAT-10, idosos e deglutição.

Numa segunda fase foram escolhidos os instrumentos a serem aplicados na população a ser estudada. Após a escolha dos instrumentos foi pedido autorização aos dois lares e um centro de dia pertencentes a uma instituição sem fins lucrativos.

A recolha de dados foi realizada no mês de Abril de 2013 pela própria investigadora e terminou em 31 de Maio do mesmo ano. Todos os instrumentos foram aplicados individualmente em cada idoso, em uma sala reservada somente para a execução dessa tarefa. Os testes foram aplicados em horários que respeitassem a disponibilidade dos idosos. A aplicação dos instrumentos foi dada de forma tranquila, sem intercorrência e com

a ajuda de uma auxiliar dos idosos que juntamente com a avaliadora acompanhavam os idosos para a sala de avaliação.

3.1 Análise Estatística dos Dados

Os dados recolhidos foram inseridos na base de dados do Software IBM – *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21 para Windows 7. A análise estatística dos dados incluiu duas fases: a estatística descritiva da amostra e a estatística inferencial. O primeiro tratamento, a análise descritiva, permitiu-nos caracterizar a amostra. Foram utilizadas para as variáveis nominais as frequências absolutas (números absolutos – n) e as frequências relativas (as proporções em percentagens – %). Para as variáveis discretas foram utilizadas medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão).

Para a análise inferencial, optou-se pela utilização de testes não paramétricos pois a amostra contou com um número pequeno de indivíduos e não se verificou distribuição normal. Utilizamos o teste de U de Mann Whitney para verificar a existência de relação de dependência entre duas amostras independentes (variáveis nominais e ordinais) e o teste de kruskal-Wallis quando foi relacionado mais de 3 amostras independentes. Foi também aplicado o Coeficiente de Correlação de Spearman para verificar a significância na correlação das variáveis métricas ($p < 0,05\%$).

4. RESULTADOS

No presente estudo optou-se por realizar a análise descritiva dos dados relativos à caracterização da amostra, no que concerne as variáveis idade, sexo, residência, escolaridade, estado conjugal. A amostra também foi caracterizada quanto ao estado de saúde, condições de saúde/patologias, estado cognitivo, estado depressivo, grau de dependência, percepção das perturbações da deglutição e linguagem características essenciais para os objectivos propostos nesse estudo.

4.1 Análise descritiva

4.1.1 Caracterização da amostra quanto aos dados sociodemográficos.

A amostra estudada é constituída de 30 idosos ($n=30$) sendo 8 (26,7%) do sexo masculino e 22 (73,3%) do sexo feminino com uma média de idade de 87,23 anos com desvio padrão de 6,39. Na distribuição por faixas etárias, foi encontrado 70% dos idosos com idade superior a 85 anos e 30% com idade compreendida entre 74-84 anos de idade (Tabela 1). Considerando a idade e o sexo, existem 72,7% ($n= 16$) de idosos acima dos 85 anos do sexo feminino enquanto 62,5% ($n= 5$) são do sexo masculino.

Quanto ao estado conjugal dos idosos, podemos verificar que 21 (70%) são viúvos, 4 (13,3%) são divorciados, 3 são casados (10%) e 2 são solteiros sendo que dos 30 idosos, 22 (73,3%) vivem no lar e 8 (26,7%) participam do centro de dia, (Tabela nº 1).

Em relação a escolaridade, observou-se que 23,3% (n=7) dos idosos não têm escolaridade, 10% (n=3) somente sabem ler e escrever, 15% (15) têm o primeiro ciclo completo, 6,7% (n=2) o segundo ciclo completo enquanto os idosos com ensino secundário correspondem a 3,3% (n=1), os idosos com nível superior representam 6,7% (n=2) da amostra estudada. (Tabela nº 1).

Dos idosos (n=30) que participaram do estudo, 73,3% (n=22) vivem na residência sênior e 26,7% (n=8) participam do centro de dia.

Tabela 1 – Distribuição da amostra quanto as características sociodemográficas

		N	Média	DP	%
Idade			87,3	6,39	
Sexo	M	8			26,7
	F	22			73,3
Grupo etário	75 – 84	9			30,0
	>84	21			70,0
Estado conjugal	Solteiros	2			6,7
	Casados	3			10,0
	Divorciados	4			13,3
	Viúvos	21			70,0
Habilitações literárias	Sem escolaridade	7			23,3
	Sabe ler e escrever	13			10,0
	1º ciclo completo	15			50,0
	2º ciclo completo	2			6,7
	Ensino secundário	1			3,3
	Ensino superior	2			6,7
Local de Residência	Lar	22			73,3
	Centro de dia	8			26,7
Total		30			100,0

Quanto ao local de residência, analisando a Tabela 2, percebemos que em relação a idade, a frequência de idosos com mais idade estão nos lares (n= 18 – 81,8%) enquanto os idosos com idade compreendida entre os 74 e 84 anos de idade frequentam mais os centros de dia (n= 5 – 6,5%). A percentagem de mulheres que vivem em lares (n = 16 – 72,7%) é muito superior à de homens (n = 6 – 27,3%). O mesmo acontece quando nos referimos aos centros de dia, onde a percentagem de idosos do sexo masculino (n= 2 - 25%) é inferior a percentagem de mulheres no mesmo contexto (n= 6 - 75%%).

Tabela 2 – Distribuição da amostra quanto ao Local de residência em relação ao grupo etário e o sexo

n(%)	Lar	CD	Total
Grupo etário			
75 a 84 anos	4 (18,2)	5 – 62,5	9 – 30,0
>84 anos	18 (81,8)	3 – 37,5	21 – 70,0
Sexo			
M	6 (27,3)	2 – 25,0	8 – 26,7
F	16 (72,7)	6 – 75,0	22 – 73,3
Total			30 – 100,0

Legendas: CD= Centro de dia

4.1.2 Caracterização da amostra quanto a percepção do estado de saúde.

Quanto a percepção do estado de saúde podemos verificar na Tabela 3 que 16,7% considera que o seu estado de saúde é muito bom, 33,33% acreditam que seu estado de saúde é bom, 43,3% percebem o seu estado de saúde como razoável enquanto 6,7% acreditam que estão mau de saúde.

Tabela 3 – Distribuição da amostra quanto a percepção do estado de saúde (questionário)

	n	%
Muito bom	5	16,7
Bom	10	33,3
Razoável	13	43,3
Mau	2	6,7
Total	30	100,0

Quanto ao score do EuroQol-5D (Tabela n 4) observamos que na dimensão MO a maioria (n=17/56,7%) não tem problemas para se locomover. Na dimensão CP, o número de idosos que responderam ter alguns problemas (n= 11/36,7%) ficou muito próximo dos que apresentaram alguns problemas (n= 13/43,3%). A maioria dos idosos n=21/70%) referiram não apresentar problemas na dimensão Atividades Habituais (AH). A dimensão Dor/Mal-estar foi a única das dimensões que apresentou um pior resultado pois verificamos que 53,3% (n= 16) dos idosos referiram apresentar alguns problemas relacionados a essas características e na última dimensão (A/D) metade (50%) dos idosos (n= 15) responderam não ter problemas de ansiedade/depressão mas 40% (n=12) também referiram apresentar alguns problemas relacionados a esses sinais. EQ-5D e EQ-5DEQ-5D)

Quanto a escala de percepção do estado de saúde inquirida pelo EQ-5D_{EQ-5D}, obtivemos uma média de 63,5 com DP= 19,12, para uma escala de 0-100.

Tabela 4 – Distribuição da amostra quanto a percepção do estado de saúde (EQ-5D)

EQ-5D	N	%	Média	DP
Mobilidade				
Sem problema	17	56,7	-	-
Algum problema	12	40,0	-	-
Problema extremo	1	3,3	-	-
Cuidados pessoais				
Sem problema	13	43,4	-	-
Algum problema	11	36,7	-	-
Problema extremo	6	20,0	-	-
Atividades habituais				
Sem problema	21	70,0	-	-
Algum problema	7	23,3	-	-
Problema extremo	2	6,7	-	-
Dor/Mal-estar				
Sem problema	11	36,7	-	-
Algum problema	16	53,3	-	-
Problema extremo	3	10,0	-	-
Ansiedade/Depressão				
Sem problema	15	50,0	-	-
Algum problema	12	40,0	-	-
Problema extremo	3	10,0	-	-
EQ-5D_{EQ-5D}			63,50	19,2

Legendas: EQ-5D= EuroQol Quality of Life; M= média; DP= Desvio Padrão

4.1.3 Caracterização da amostra quanto as condições de saúde/morbilidade

Quanto a caracterização da morbilidade (Tabela 5) verificamos que 43,7% (n= 14) apresentavam outras doenças e sintomas inespecíficos e sinais da função cognitiva e consciência, 23,3% (n=7) apresentavam Doenças do Sistema Circulatório, 10% (n=3) Doenças dos olhos, 6,7% (n=2) tiveram AVC e perda auditiva condutiva/Neurosensorial, Doença de Parkinson, osteoartrose e Doenças do Sistema Respiratório apresentaram, respectivamente cada, 3,3% (n=1).

Tabela 5 – Distribuição da amostra quanto as condições de saúde/morbilidade (CID-10)

	n	%
I64 – AVC	2	6,7
H90 – perda auditiva condutiva/Neurosensorial	1	3,3
G20 - Doença de Parkinson	1	3,3
M15 – Osteoartrose	1	3,3
J00 – Doença do Sistema Respiratório	1	3,3
I00 – Doença do Sistema Circulatório	7	23,3
H00 – Doença dos olhos	3	10,0
R4 1.8 – Outras e sintomas inespecíficos e sinais da função cognitiva	14	43,7

Legendas: AVC= Acidente Vascular Cerebral;

4.1.4 Caracterização da amostra quanto ao estado cognitivo

Na Tabela 6, observamos a distribuição da amostra quanto ao estado cognitivo e o grupo etário e constatamos que 26,7% (n= 8) dos idosos com idade compreendida entre os 75 e 84 anos não apresentam alterações cognitivas enquanto 3,3% (n= 1) com a mesma idade apresentaram alterações cognitivas. Com relação aos idosos acima dos 84 anos, verificamos que 33,3% (n=10) não apresentaram alterações do estado cognitivo e 36,7% (n= 11) foi a percentagem de idosos com alterações nesse mesmo grupo etário. Do total (n=30) da amostra, n=18 idosos não apresentaram alterações cognitivas.

Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto ao estado cognitivo (MMSE) em relação ao grupo etário

Grupo etário	n (%)		Total
	Sem alteração	MMSE Com alteração	
74 a 84	8 (26,7)	1 (3,3)	9 (30,0)
>84	10 (33,3)	11(36,7)	21 (70,0)
Total	18 (60,0)	12 (40,0)	30 (100,0)

Legendas: MMSE= Mini mental State Examination;

Na distribuição da amostra quanto ao estado cognitivo em relação ao sexo (Tabela 7) verificamos que 18 idosos apresentaram alterações do estado cognitivo, sendo que 43,3% (n= 13) eram do sexo feminino e 16,7% (n=5) eram do sexo masculino. Dos 12 indivíduos que apresentaram alterações do estado cognitivo, 30% (n=9) eram mulheres e 10% (n= 3) eram homens.

Tabela 7 – Distribuição da amostra quanto ao estado cognitivo (MMSE) em relação ao sexo

Sexo	n (%)	MMSE		Total
		Sem alteração	Com alteração	
M		5(16,7)	3(10,0)	8 (26,7)
F		13(43,3)	9(30,0)	22 (73,3)
Total		18 (60,0)	12 (40,0)	30 (100,0)

Legendas: MMSE: Mini Mental State Examination; M= masculino; F= feminino

4.1.5 Caracterização da amostra quanto ao estado depressivo

Na Tabela 8 podemos verificar que o número total de idosos sem alteração do estado depressivo (n= 15) é quase semelhante ao número de idosos com alteração (n= 14). Os idosos com idade superior a 84 anos apresentaram menos alteração (n=11) do estado depressivo alcançando 37,9% da amostra estudada enquanto que no mesmo grupo etário a percentagem de idosos com sinais sugestivos de depressão foi de 48,3% num total de 14. Observa-se que nessa análise, a amostra contou com um total de 29 idosos, a ausência da avaliação do estado depressivo de um dos indivíduos da amostra deveu-se ao seu estado de saúde que impossibilitou-nos de aplicar o teste.

Tabela 8 – Distribuição da amostra quanto ao estado depressivo (EDG) em relação ao grupo etário

Grupo etário	n (%)	EDG		Total
		Sem alteração	Com alteração	
74 a 84		4(13,8)	5(17,2)	9 (31,0)
>84		11(37,9)	9(31,0)	20 (69,0)
Total		15(51,7)	14 (48,3)	30 (100,0)

Legendas: MMSE= Mini mental State Examination;

Como se pode verificar na Tabela n 9 em relação ao estado depressivo e sexo, n=15 indivíduos não apresentaram alterações, sendo que 41,4% (n= 12) eram do sexo feminino enquanto que dos n= 14 indivíduos que apresentaram sinais sugestivos de depressão, 31% (n=9) eram também do sexo feminino.

Tabela 9 – Distribuição da amostra quanto ao estado depressivo (EDG) em relação ao sexo

Sexo	n (%)	EDG		Total
		Sem alteração	Com alteração	
M		3(10,0)	5(17,2)	8(27,6)
F		12(41,4)	9(31,0)	21(72,4)
Total		15(51,7)	14(48,3)	29(100,0)

Legendas: EDG= Escala de Depressão Geriátrica; M= masculino; F= feminino

4.1.6 Caracterização da amostra quanto o grau de dependência

Para a avaliação do grau de dependência da amostra foi utilizado o IB onde (Tabela 10.) verifica-se que de acordo com o score do IB a maioria dos idosos avaliados apresentaram independência ou dependência mínima n= 26 (86,7%) enquanto n=4 (13,3%) apresentaram dependência. As tarefas que mais contribuíram para a dependência na mostra foram banho e higiene.

Tabela 10 – Distribuição da amostra quanto ao grau de dependência (IB)

IB	n(%)	
	Dependente	Independente ou dependência mínima
Defecação	3	27
Micção	3	27
Higiene	12	18
Sanita	3	27
Alimentação	0	30
Transferências	2	28
Mobilidade	2	28
Vestir	3	27
Escadas	4	26
Banho	16	14
Total	4(13,3)	26(86,7)

Legendas: IB= Índice de Barthel

4.1.7. Caracterização da amostra quanto a deglutição.

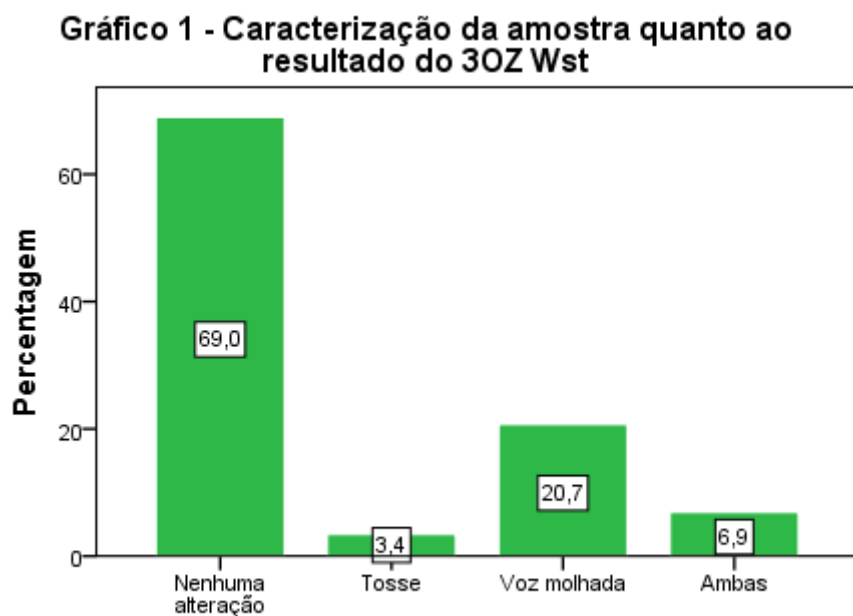
Em relação ao P-EAT-10 (Tabela 11), foi observado que 83,3% (n= 25) dos idosos referiram ter percepção dos sinais de disfagia enquanto que 16,7% (n= 5) referiram não perceber os sinais. Em relação ao 3OZ Wst verificamos que 66,7% (n= 20) dos idosos avaliados não apresentaram alterações da deglutição.

Quando avaliamos os resultados do 3OZ Wst (Gráfico 1) observamos que 69% não apresentaram nenhum sintoma de dificuldade de dificuldade de deglutição/disfagia, 3,4%

apresentaram tosse, 20,7% apresentaram características de voz molhada e 6,9% apresentaram tosse e voz molhada.

Tabela 11 – Distribuição da amostra quanto a avaliação da deglutição

	N	%
3OZ Wst		
Sem alteração	20	66,7
Com alteração	10	33,3
P-EAT-10		
Tem percepção	25	83,3
Não tem percepção	5	16,7
Total	30	100,0



Na avaliação da distribuição da amostra quanto as perturbações da deglutição e o grupo etário observamos que nos resultados do 3OZ Wst os idosos com mais de 84 anos de idade, 75% (n=15) não apresentaram alterações na deglutição e dos que tinham idades compreendidas entre 74 e 84 anos, 25% (n=5) também não apresentaram alterações da deglutição perfazendo um total de 20 indivíduos que não apresentaram alterações nesse teste. Quanto aos resultados do P-EAT-10, dos indivíduos com mais de 84 anos, 72% (n=18) tiveram percepção dos sinais de disfagia e os idosos com idades compreendidas entre os 74 e 84 anos 28% (n=7) também referiram ter percepção dos sinais de deglutição (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição da amostra quanto as perturbações da deglutição em relação ao grupo etário

n(%)	74 a 84 anos	>84 anos	Total
3OZ Wst			
Sem alteração	5(25,0)	15(75,0)	20 (100)
Com alteração	4(40,0)	6(60,0)	10 (100)
P-EAT-10			
Tem percepção	7(28,0)	18(72,0)	25 (100)
Não tem percepção	2(40,0)	3(60,0)	5(100)

Legendas: M= masculino; F= feminino.

Comparando as frequências entre as variáveis perturbações da deglutição (3OZ Wst) e sexo (Tabela 13) verificamos que 23,3% dos idosos sem alterações da deglutição eram do sexo masculino e 43,3% eram do sexo feminino. Houve uma frequência menor de idosos com alteração da deglutição no sexo masculino (3,3%) que no sexo feminino (30,0%).

De acordo com os dados obtidos (Tabela 13) percebemos que 60% (n=18) de idosos do sexo feminino apresentaram percepção dos sintomas das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e que 13,3% (n= 4) não tiveram percepção das perturbações da deglutição. Em relação aos idosos do sexo masculino, 23,3% (n= 7) apresentaram percepção das perturbações da deglutição e, 3,3% (n=1) não tiveram percepção.

Tabela 13 – Distribuição da amostra quanto as perturbações da deglutição em relação ao sexo

n(%)	M	F	Total
3OZ Wst			
Sem alteração	7(23,3)	13(43,0)	20(66,7)
Com alteração	1 (3,3)	9(30,0)	10(33,3)
Total	8(22,0)	21(73,0)	30(100,0)
P-EAT-10			
Tem percepção	7(23,3)	18(60,0)	25(83,3)
Não tem percepção	1(3,3)	4(13,3)	5(16,7)
Total	8(26,7)	22(73,3)	30(100,0)

Legendas: M= masculino; F= feminino.

4.1.8 Caracterização da amostra quanto a linguagem

No que concerne a linguagem, os dados apresentados na Tabela 14 revela-nos que a média do somatório dos itens correctos do teste de nomeação, corresponderam a 37,50 (DP=7,10) num total de 50 figuras. Em relação ao grupo etário a média do número de acertos (39,44, DP= 7,10) foi maior nos idosos mais novos e nas habilitações literárias podemos observar que a melhor média de acertos foi entre os idosos com 2º ciclo completo (42,50; DP= 7,77).

Tabela 14 – Distribuição da amostra quanto a linguagem/nomeação

	Média	DP	Min – Máx
TN			
Respostas corretas	37,50	7,10	14 - 48
Pista fonológica	5,25	3,21	0 - 11
Pista semântica	4,81	2,06	1 - 8
Respostas incorrectas	1,71	2,43	0 - 10
Não sabe	0,66	1,63	0 - 7
Grupo etário			
75 – 84 anos	39,44	5,68	31 – 48
>84 anos	36,58	7,65	14 – 47
Habilitações literárias			
Sem escolaridade	36,17	4,79	31 – 42
Sabe ler e escrever	36,50	4,95	33 – 40
1º ciclo completo	38,20	5,59	23 – 44
2º ciclo completo	42,50	7,77	37 – 48
Ensino secundário	-	-	-
Ensino superior	30,50	23,30	14 – 47

Legendas: TN= Teste de Nomeação; DP= Desvio Padrão; Min= mínimo; Máx.= máximo

Na avaliação da compreensão da linguagem (Tabela 15) os idosos obtiveram média de 12,5 correctos (DP= 4,47) num total de 22 ítems. Quanto ao grupo etário os idosos mais novos, também foram mais eficientes nesse teste apresentando média de acertos de 14,1 (DP= 3,78). Quanto as habilitações literárias verificamos que os idosos sem escolaridade, com 2º ciclo completo e com ensino superior apresentaram a mesma média de 14,00 mas com desvios padrão diferentes, respectivamente, 2,36, 5,65 e 4,24.

Quanto a percentagem de idosos que não apresentaram ou apresentaram problemas de linguagem, verificamos, respectivamente, 75% e 25%.

Tabela 15 – Distribuição da amostra quanto a linguagem/compreensão (TT)

	Média	DP	Min – Máx
TT	12,50	4,47	14 – 21
Grupo etário			
75 – 84 anos	14,1	3,78	10 – 21
>84 anos	12,7	4,74	3 – 21
Habilitações literárias			
Sem escolaridade	14,00	2,36	10 – 17
Sabe ler e escrever	12,50	0,70	12 – 13
1º ciclo completo	12,53	5,43	13 – 21
2º ciclo completo	14,00	5,65	10 – 18
Ensino secundário	-	-	-
Ensino superior	14,00	4,24	11 – 17

Legendas: TT= Token Test; DP= Desvio Padrão; Min= mínimo; Máx.= máximo

4.2 Análise Inferencial

Para a análise Inferencial das variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade e local de residência), percepção do estado de saúde e deglutição, foi utilizado o Teste de U de Mann Whitney quando as variáveis são dicotômicas e o teste de Kruskal-Wallis para relacionar variáveis com 3 ou mais grupos. Para a correlação das variáveis métricas (estado cognitivo, estado depressivo, grau de dependência e linguagem) foi utilizado o teste de correlação de Spearman. (Considerámos como significância estatística valores de $p < 0,05$).

4.2.1 Relação entre percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e o score do 3OZ Wst

A Tabela 16 mostra-nos os resultados da relação entre o score do P-EAT-10 o 3OZ Wst e observamos que há relação significativa ($p=0,016$, $k=10,350$) entre as médias dos scores do P-EAT-10 e do 3OZ Wst.

Tabela 16 – Relação entre o score do P-EAT-10 e o score do 3OZ Wst

	Teste	Score P-EAT-10
Percepção da saúde	K	10,350
	p-value	0,016

Legendas: K= Teste de Kruskal-Wallis

4.2.2 Relação entre percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e os dados sociodemográficos

Na Tabela 17 apresentam-se os resultados referentes a correlação entre os scores do P-EAT-10 e os dados sociodemográficos. Observamos que há relação significativa a nível da escolaridade ($U= 66,00$, $p= 0,032$) indicando que quanto melhor a escolaridade maior a pontuação no P-EAT-10, reveladora de boa percepção de perturbações da deglutição. Não há relação entre os scores do P-EAT-10, a idade ($r= 0,325$ e $p= 0,080$), o sexo e o local de residência) dos idosos que recebem cuidados institucionalizados.

Tabela nº 17 – Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e os dados sociodemográficos

	Teste	Score P-EAT-10
Idade	r	0,325
	p-value	0,080
Sexo	U	77,500
	p-value	0,629
Habilitações literárias	U	66,00
	p-value	0,032
Local de residência	U	79,500
	p-value	0,696

Legendas: r= Correlação de Spearman; U= Teste U de Mann-Whitney

4.2.3 Correlação entre percepção das perturbações da deglutição (score P-EAT-10) e percepção do estado de saúde

Observando a Tabela 18 verificamos que não há correlação significativa entre a percepção das perturbações da deglutição e a percepção do estado de saúde.

Tabela 18 – Relação entre a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e a percepção do estado de saúde

	Teste	Score P-EAT-10
Questionário	K	5,115
	p-value	0,164
EQ-5D- index	r	0,262
	p-value	0,162
EQ-5D – escala de percepção	r	-0,035
	p-value	0,834

Legendas: K= Teste de Kruskal-Wallis; r= Correlação de Spearman

4.2.4 Correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o estado cognitivo.

Observamos a Tabela 19 e concluímos que não houve correlação entre percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e o score do MMSE na amostra estudada ($r=0,095$, $p=0,618$).

Tabela 19 – Correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o estado cognitivo (score do MMSE)

	Teste	Score P-EAT-10
MMSE	r	0,095
	p-value	0,618

Legendas: r= Correlação de Spearman; MMSE= Mini Mental State Examination

4.2.5 Correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e os sinais de depressão.

Verificamos que não houve correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e a presença de sinais de depressão (score da EDG) ($r= 0,122$, $p= 0,527$).

Tabela 20 – Correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e sinais depressão (score da EDG)

	Teste	Score P-EAT-10
EDG	r	0,122
	p-value	0,527

Legendas: r= Correlação de Spearman; EDG: Escala de Depressão Geriátrica

4.2.6 Correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e o grau de dependência

De acordo com a correlação percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e grau de dependência (score do IB) não houve correlação significativa entre as variáveis testadas (Tabela 21).

Tabela 21 – Correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o grau de dependência (score do IB)

	Teste	Score P-EAT-10
IB	r	-0,208
	p-value	0,269

Legendas: r= Correlação de Spearman

4.2.7 Correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o desempenho para a linguagem

Examinando a correlação entre os testes de linguagem e a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) (Tabela 22) observamos que houve correlação negativa ($r = -0,379$ e $p = 0,047$) entre o score do Teste de Nomeação e o score do teste de percepção da deglutição/disfagia (P-EAT-10), isso significa que à medida que aumenta a percepção das perturbações da deglutição, diminui o desempenho de nomeação. Não houve correlação entre o score do teste de compreensão verbal (TT) e o score do teste de percepção de perturbações da deglutição.

Tabela 22 – Correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o desempenho para a linguagem (scores do TN e do TT)

	Teste	Score P-EAT-10
Teste de nomeação	r	-0,379
	p-value	0,047
Token Test	r	-0,239
	p-value	0,221

Legendas: r= correlação de Spearman;

5. DISCUSSÃO

5.1 Discussão da metodologia

Os objectivos principal deste estudo foi contribuir para a validação do P-EAT-10 e caracterizar uma população de idosos institucionalizada e utentes de centro de dia quantos aos seus dados sócio demográficos, deglutição e a linguagem.

Para além da análise descritiva dos dados, foram propostos alguns objectivos para determinar a relação entre as variáveis da amostra. Neste caso utilizamos testes não-paramétricos para essa correlação dado a dimensão da amostra e não se verificar os pressupostos de distribuição normal. É importante ressaltar que dado a natureza transversal do estudo não é possível estabelecer uma relação causa-efeito dos fenómenos analisados, mas sim delinear uma visão geral do objecto de estudo, sendo esta uma das limitações do presente trabalho.

5.2 Discussão dos resultados da caracterização da amostra

Tendo como objectivos de estudo caracterizar uma população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia quantos aos seus dados sócio demográficos, deglutição e a linguagem e contribuir para a validação da versão portuguesa do P-EAT-10 pretende-se nesse capítulo, comentar os resultados mais relevantes da investigação face aos objectivos confrontando-os com a literatura existente.

Na caracterização sociodemográfica verificou-se a prevalência do sexo feminino (73,3%) na amostra estudada (n=30) sobre a masculina (26,7%), onde 70% dos idosos tinham mais de 84 anos de idade e a média da idade da amostra foi de 87,23 anos. Esses resultados vêm de encontro a literatura como mostra os dados do Anuário Estatístico de Portugal (2012) que refere o maior número de mulheres idosas (82,59 anos de idade) em relação aos homens idosos (76,57 anos de idade). A amostra também revelou que dos 30 idosos avaliados, 70% vivem em lares e a idade da maior parte dos utentes era próxima de 85 anos onde a maioria são do sexo feminino (87,5%). Essa feminização do envelhecimento é evidente nos dados estatísticos do INE (2002).

Kayser-Jones e Pengilly (1999) verificaram em seu estudo sobre disfagia entre residentes de lares que a média de idade dos idosos que vivem em lares é de 83,4 anos variando entre 60 a 102 anos o que assimila-se com os resultados da nossa pesquisa.

Quanto às habilitações literárias, 50% da amostra tem o 1º ciclo do ensino básico completo, 23,3% não tem escolaridade, 10% sabem ler e escrever, 3,3% dos idosos avaliados tem o ensino secundário, 6,7% tem o 2º ciclo completo e 6,7 tem nível superior. Dados do INE (2011) mostram que mais de um em cada três idosos não tem qualquer nível de escolaridade completo.

Observamos que as características sociodemográficas de nossa amostra são semelhantes as apresentadas pelo censo 2011 talvez por ser uma amostra de conveniência e devido alguns critérios de inclusão, que favoreceram essa semelhança. Nossa amostra incluiu idosos com idades a partir dos 65 anos de idade, mas verificamos que a faixa etária dos idosos avaliados em nossa pesquisa está compreendida entre 74 e 100 anos de idade.

Em relação a percepção do estado de saúde, 43,33% dos idosos referiram ter uma saúde razoável, 33,33% ter boa saúde, 16,67% referiram sentir-se muito bem e apenas 6,66% da amostra referiu que está mau de saúde. O EuroQuol-5D – escala de percepção do estado de saúde - revelou uma média de 63,5 como nota atribuída pelos idosos quanto a percepção do seu estado de saúde e podemos concluir que os idosos da nossa amostra percebem a sua saúde como boa. Num estudo sobre Qualidade de vida em idosos saudáveis aplicando o protocolo SWAL-QOL (Cassol *et al.*, 2012) observaram que 36,6% dos idosos entrevistados percebem sua saúde como boa, corroborando com o nosso estudo.

Relativo a condição de saúde/morbilidades encontradas na nossa amostra observamos que a maioria dos idosos apresentam sintomas inespecíficos e sinais da função cognitiva e consciência, em segundo ficaram as doenças do sistema circulatório, seguida das doenças relacionadas a visão e os AVCs. Outras patologias também foram encontradas tais como: doenças do sistema respiratório, doenças relacionadas aos ossos (osteoartrose) e Doença de Parkinson.

Verificamos que as doenças encontradas em nosso estudo são iguais as encontradas em outros estudos relacionadas a deglutição e aos idosos. Esses resultados vão ao encontro do estudo de Nogueira e Reis (2013) que referiram que os problemas mais encontrados numa população de idosos residentes em lares foram as doenças cardiopulmonares, as doenças osteoarticulares, as demências e as doenças psiquiátricas. Outro estudo sobre deglutição e envelhecimento (Sá, 2009) refere que as doenças que mais acometem os idosos são as relacionadas ao coração, seguida das doenças pulmonares, hipertensão, diabete mellitus e pneumonia. Ressaltamos que a hipertensão e a pneumonia inserem-se, respectivamente,

dentro das doenças relacionadas ao sistema circulatório e sistema respiratório segundo o CID-10.

Na caracterização da amostra quanto ao estado cognitivo, foi aplicado o MMSE versão portuguesa reduzida. O bom predomínio das funções cognitivas é pré-requisito para a deglutição visto que a perda dessas capacidades impossibilita a aprendizagem que favorece a deglutição (Ortiz e Marinelli, 2013). Observamos que 40% da amostra manifestaram alterações do estado cognitivo apesar de que a maioria (60%) não apresenta alteração sendo que a percentagem de idosos do sexo feminino com alteração do estado cognitivo prevalece sobre a do sexo masculino. Alguns estudos (Chiari e Roque, 2013; Nogueira e Reis, 2013) corroboram com o nosso pois ao estudarem idosos institucionalizados também encontraram uma alta taxa de alterações cognitivas nessa população.

A depressão é comum em idosos e a literatura aponta para a prevalência ser mais verificada em idosos a residir em lares do que na comunidade (Brown, Lapane e Luisi, 2002). De acordo com a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) da amostra estudada observou-se que quase metade (48,3%) dos idosos apresentam sinais sugestivos de depressão, sendo mais prevalente nos idosos do sexo feminino (64,3%) dos $n= 14$ que apresentam sinais sugestivos de depressão. Num estudo sobre depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança, Vaz e Gaspar (2011) referiram a alta prevalência de idosos com sinais de depressão (47%) corroborando com o nosso estudo. Nogueira e Reis (2013) em seu estudo sobre as perturbações da deglutição em lares verificaram uma percentagem de 30.9% de idosos com sinais de depressão dos quais a maioria eram do sexo feminino.

A perda da funcionalidade também é uma característica muito encontrada no processo de envelhecimento sendo mais prevalente em idosos com doenças crónicas. Segundo Paúl (1997), a perda da funcionalidade é um dos principais acontecimentos que leva o idoso a institucionalização. A caracterização da funcionalidade dos idosos avaliados foi efectuada através do IB onde observamos uma boa funcionalidade entre a amostra. As tarefas em que houve mais idosos com dependência foram banho e higiene, e todos eram independentes em alimentação. Um estudo brasileiro sobre alteração da capacidade funcional e quedas de idosos institucionalizados refere que a maioria dos idosos avaliados não necessita receber assistência para as AVDs (Valcarenghi *et al.*, 2010). Resultados de outros estudos não corroboram com o nosso quando relatam que 86,6% dos idosos institucionalizados apresentaram algum nível de dependência (Nogueira e Reis, 2013; Frota, 2008). Talvez a nossa amostra tenha acusado bom nível funcional por não se tratar somente de idosos institucionalizados mas também de utentes de centro de dia. Os idosos de centro de dia são

mais independentes e autónomos do que os idosos institucionalizados, estes geralmente necessitam de ajuda nas AVDs, inclusive na alimentação.

Para a avaliação da deglutição da amostra deste estudo utilizamos um teste objectivo (3OZ Wst) e outro subjectivo (P-EAT-10). Analisamos a amostra, em ambos os testes, em relação a presença ou não das de deglutição/sexo e quanto aos sintomas presentes nas perturbações da deglutição/sexo. Quanto ao teste objectivo (3OZ Wst) verificamos que dos 66,7% de idosos da amostra estudada, 7 homens (23,3%) e 13 mulheres (43,3%) não apresentam alterações na deglutição, enquanto dos 33,3% que apresentam alteração na deglutição, 1 (3,3%) é homem e 9 (30%) são mulheres.

Verificamos ainda que na amostra estudada, a maioria dos idosos (20,69%) apresentam voz molhada, enquanto 3,4%, apresenta tosse e 6,89% apresentam ambos os sintomas (voz molhada e tosse). O estudo de Nogueira e Reis (2013) com idosos residentes em lar corroborou com os nossos resultados pois o sintoma mais encontrado, quando utilizado o 3OZ Wst foi também a presença de voz molhada. No mesmo estudo, os autores ainda verificaram que 38,2% dos residentes apresentavam problemas de deglutição. Estes resultados também são similares ao nosso pois observamos que 33,3% dos idosos da amostra apresentam alterações na deglutição. O estudo de Ding e Logemann (2008) comparou a percepção das perturbações da deglutição de pacientes com a videofluoroscopia e encontraram uma taxa de 35% de indivíduos com problemas de deglutição.

Melo *et al.* (2009) em seu estudo verificou que 4,5% dos idosos apresentaram tosse e que também 4,5% manifestaram voz molhada após deglutição de alimentos pastoso e 31,8% com alimentos de consistência líquida. Esse estudo corroborou com o nosso pois na avaliação com o 3OZ Wst utilizamos água como alimento para avaliar a deglutição. Devemos concluir que os sintomas decorrentes das perturbações da deglutição são bem percebidos pelos idosos e isso nos indica a importância da aplicação de testes de percepção da deglutição nessa população.

Nos resultados da percepção da deglutição realizadas através do P-EAT-10 observamos que dos 83,33% dos idosos que apresentam percepção para as perturbações da deglutição, 60% são do sexo feminino e 23,3% do sexo masculino enquanto os 16,67% que não apresentam percepção das perturbações da deglutição, 13,3% são mulheres e 3,3% são homens. Os resultados do P-EAT-10 foram similares aos do 3OZ Wst quando este diz que

os idosos do sexo feminino são os que menos apresentaram alterações na deglutição e aquele diz que são as mulheres quem mais percebem as perturbações da deglutição.

Estudos referem uma taxa maior de prevalência de dificuldade de deglutição/disfagia em idosos. Park *et al.* (2012) estudou 395 idosos institucionalizados e referiu que 52,7% desses idosos apresentam disfagia. Sura *et al.*, (2012) também citam em seu estudo a alta prevalência da disfagia que chega a atingir 68% dos idosos. Bonfim e Roque observaram uma taxa de 63% de idosas a viver em lares com sinais sugestivos de disfagia orofaríngea.

Percebe-se que a taxa de problemas de deglutição nos idosos institucionalizados é bastante elevada talvez devido a factores como as doenças associadas ao envelhecimento, muito presente nessa população. E que os sinais dessa dificuldade podem ser percebidos pelos idosos através de um simples teste de rastreio. Em relação a nossa amostra, a maioria não apresenta sinais perturbações da deglutição e também não percebem esses sinais, isso pode dever-se ao facto dos idosos avaliados já fazerem adaptações no processo de deglutição. Tanure *et al.* (2005) estudaram uma população de idosos através de avaliação clínica da deglutição e avaliação através de videofluoroscopia e verificaram que 94,7% dos idosos avaliados apresentam adaptações às mudanças do envelhecimento quanto a deglutição, permitindo uma alimentação segura.

Caracterizar a linguagem é essencial numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia pois muitos problemas neurológicos, quadros demenciais, doenças degenerativas e o próprio processo natural de envelhecimento estão associados aos distúrbios de linguagem, como a afasia, a disartria, entre outros (Ortiz e Marinelli, 2013). Na população estudada foram aplicados dois testes de linguagem: Um Teste de Nomeação e o Token Test.

No Teste de nomeação verificamos que 75% dos idosos avaliados não apresentam problemas de linguagem enquanto 25% apresentam problemas de linguagem, os idosos em estudo obtiveram uma média de 39 acertos (DP= 7,10) na nomeação de 50 figuras.

No Token Test para 22 ítems, os idosos acertaram uma média de 12,50 (DP= 4,47). Ao relacionarmos o TT com a escolaridade podemos constatar que foram encontrados mais problemas de linguagem nos idosos do ensino básico. Já o TT é um teste bastante utilizado para avaliação da linguagem em Portugal (Leal, 2009) e foi validado para o português europeu com o objectivo de a incluir na Bateria de Afasia de Lisboa (BAAL), esta construída a partir da Multilingual Aphasia Examination.

Num estudo brasileiro realizado em 120 idosos com média de idade de 71,1 anos utilizando o Token Test foi observado que a média total de acertos nessa população foi de 28,92 mas deve-se salientar que a versão reduzida nessa pesquisa foi a brasileira que consta de 36 ítems ao invés dos 22 da versão reduzida portuguesa. A média de acertos da nossa população foi inferior a média de acertos do estudo brasileiro, isso pode dever-se ao facto de que a nossa amostra tenha uma média de idade (87,3 anos), muito superior a média de escolaridade dos idosos do estudo referido (71,1 anos) e tendo-se em conta que a linguagem pode deteriorar-se com o aparecimento das doenças típicas do envelhecimento (DP, demências, AVC).

5.3 Discussão dos resultados da análise inferencial

Neste capítulo são discutidos as hipóteses formuladas na metodologia do presente estudo.

5.3.1 Resultado das Hipóteses

H₁. Existe correlação entre o score do P-EAT-10 e o score do 3OZwst obtidos numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.

Na análise estatística da correlação entre os scores do P-EAT-10 e os scores do 3OZ Wst realizada através do Teste de Kruskal-Wallis, confirma-se totalmente a H₁ pois verificamos haver correlação significativa entre os scores dos dois testes. Assim podendo confirmar que os resultados do P-EAT-10 são similares aos resultados obtidos no 3OZ Wst. O estudo de Nogueira e Reis (2013) sobre desordens de deglutição em idosos institucionalizados observaram que ao relacionarem o score do Dysphagia Self-Test (DST) com o score do 3OZ Wst perceberam que a medida que o resultado de um diminuía, o outro também diminuía.

Lauret *et al.* (2012) em seu estudo relacionou o EAT-10 com um instrumento de avaliação funcional e concluiu que o EAT-10 é um bom instrumento de rastreio das perturbações da deglutição em idosos e pacientes geriátricos. Outro estudo relacionou o EAT-10 com a um exame de videoendoscopia e verificou uma correlação moderada em ambos (Schindler *et al.*, 2013). Ercila *et al.* (2012) estudou a prevalência da disfagia em idosos aplicando o EAT-10 e referiu que 20% dos idosos tinham disfagia.

Ding e Logemann (2008) compararam resultados obtidos num teste de percepção das perturbações da deglutição com o estudo da videofluoroscopia e verificaram haver correlação significativa entre essas variáveis.

H2. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e os dados sócio-demográficos (idade, sexo, habilitações literárias e local de residência), de uma população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.

Quando relacionamos a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) com os dados sociodemográficos (idade, sexo, habilitações literárias e local de residência) verificamos que não houve relação quanto a idade, o sexo e o local de residência mas houve relação significativa com as habilidades literárias ($u=66,00$ e $p\text{-value}=0,032$) indicando que quanto melhor o nível de escolaridade, maior os scores do P-EAT-10, confirmando parcialmente a hipótese (H_1). Esse resultado corrobora com um estudo português realizado com o Dysphagia Self-Test (DST) onde os autores verificaram que um alto nível de educação tem um efeito positivo no resultado do DST (Nogueira e Reis, 2013). Num estudo brasileiro com o SWAL-QOL os autores também referem que não houve correlação significativa entre este e a idade dos participantes (Cassol *et al.*, 2012). Ressalta-se também que alguns estudos verificaram relação significativa entre a percepção das perturbações da disfagia e a idade (Nogueira e Reis, 2013, Holland *et al.*, 2011). A ausência de correlação entre a percepção das perturbações da deglutição com a idade em nossa pesquisa talvez se deva ao facto de que a maioria dos idosos (60%) avaliados, não apresentaram comprometimento cognitivo, sendo este preponderante para responder ao P-EAT-10.

H3. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e a percepção do estado de saúde, numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.

Foi infirmada a H_3 ao concluirmos que não há correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) em relação a percepção do estado de saúde ($p\text{-value}= 0,164$ para $p<0,05$), ou seja, idosos que tem maior scores no P-EAT-10 não necessariamente apresentam boa percepção do seu estado de saúde.

Um estudo brasileiro (Cassol *et al.*, 2012), que verificou a correlação entre o SWAL-QOL e a percepção do estado de saúde, indicou também não haver relação entre essas variáveis. Em Portugal ainda não há estudos referindo a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) em relação a percepção do estado de saúde em idosos.

H4. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e estado cognitivo, numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.

A H4 foi infirmada pois de acordo com os resultados obtidos no estudo da correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e estado cognitivo medido pelo MMSE, pode-se concluir-se que não há correlação significativa ($p\text{-value}=0,618$ para $p<0,05$) entre essas variáveis. Essa não correlação vem ao encontro de um estudo sobre a prevalência e sintomas da disfagia em idosos (Holland *et al.* 2011) que refere não haver correlação entre a memória, o desempenho mental e a disfagia. Em investigação realizada por Nogueira e Reis (2013) que correlacionou o Dysphagia Self-Test (DST) com MMSE e verificaram haver correlação mas não significativa entre os scores de ambos os testes.

Sabe-se que o comprometimento do estado cognitivo ou sua deterioração pode ser um sintoma de demência e a literatura cita que as perturbações da deglutição são comuns em idosos com demência sendo esta uma patologia que também apresenta outras alterações como apraxia e o comprometimento da linguagem.

H5. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o estado emocional/depressão, numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.

Os sinais de depressão são comuns em idosos institucionalizados. Alguns autores referem que as perturbações da deglutição é um factor que predispõe a depressão enquanto outros acreditam que a depressão leva as perturbações da deglutição originando a desnutrição e desidratação podendo levar o idoso a óbito. Apesar da nossa amostra de idosos apresentar um índice de 40% de sinais depressivos, a H5 foi infirmada pois na análise estatística dos dados não houve correlação entre a percepção das perturbações da deglutição (score do P-EAT-10) e os sinais de depressão (score da EDG) ($p=0,527$ para $p<0,05$).

O estudo de Nogueira e Reis (2013) refere haver correlação entre o score do Dysphagia Self-Test (DST) e o score do EDG, ou seja, os scores de ambos os testes também aumentaram respectivamente, o que não se verificou em nossa amostra. Em nosso estudo, quando aumentou o score do P-EAT-10 diminuiu o score do EDG, constatando-se que uma maior (melhor) percepção das perturbações da deglutição não está associada ao estado depressivo.

H6. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e o grau de dependência, numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.

Efectuamos uma análise de correlação entre as variáveis estudadas utilizando o teste de correlação de Spearman e dos resultados encontrados verificamos que não houve correlação entre as variáveis analisadas, infirmando a H6, o que corrobora com o estudo de Brandão *et al.* (2009) que avaliou a capacidade funcional e a qualidade de vida em pacientes com e sem disfagia após Acidente Vascular Cerebral Isquémico (AVCI) e verificaram não haver correlação entre a funcionalidade e os pacientes com e sem disfagia. Isso mostra-nos que a perda da funcionalidade não é indicativo de presença de perturbações da deglutição pois muitas vezes os idosos acabam manifestando adaptações no processo de deglutição mesmo com o avançar da idade e estado de dependência. Devemos levar em conta que esse estudo não utilizou um instrumento para medir a percepção da deglutição e nem foi realizado com idosos.

Rocamora *et al.* (2009) em seu estudo sobre disfagia em idosos institucionalizados referem que dentre os idosos avaliados, 50% apresentaram dependência funcional e uma alta prevalência de disfagia também foi encontrado, o que entra em desacordo com o nosso trabalho, talvez seja porque em nosso estudo a taxa de comprometimento cognitivo e demência encontrada foi baixa.

H7. Existe relação entre a percepção das perturbações da deglutição (P-EAT-10) e a linguagem (nomeação (TN) e compreensão (TT)), numa população de idosos institucionalizados e utentes de centro de dia.

Na literatura, alguns estudos relatam a relação entre as capacidades linguísticas e as perturbações da deglutição. A literatura refere que o comprometimento da linguagem (afasia, disartria) está associado as doenças neurológicas (AVC, DP) no idoso (Ortis e Marinelli, 2013).

Sabendo-se que as doenças neurológicas são quadros que predispõem os idosos às perturbações da deglutição correlacionamos essas perturbações através do scores do P-EAT-10 com a linguagem através dos scores do TN e do TT. Verificamos que houve correlação significativa e inversa entre os scores do P-EAT-10 e os scores do Teste de nomeação ($r = -0,379$ e $p\text{-value} = 0,047$) revelando que quanto maior os sinais de comprometimento das perturbações da deglutição menor a pontuação no teste de

linguagem. É importante lembrar que o Teste de nomeação com menor pontuação significa maior comprometimento da linguagem. Esse resultado vem confirmar totalmente a H7.

Não foi encontrado estudos que referem a percepção da deglutição através de instrumentos de medida associada as dificuldades de linguagem mas muitos estudos referem a alta prevalência das perturbações da deglutição pós AVC (Paixão *et al.*, 2010; Mann *et al.* (1999) e Smithard *et al.* (1996), citados por Sura *et al.*, (2012)) que é uma patologia muito comum em idosos.

Vale também ressaltar que as queixas de dificuldade de deglutição/disfagia melhoram espontaneamente em média um mês após o AVC (Ortiz e Marinelli, 2013).

Devido a natureza de uma dissertação de mestrado, em que o tempo para a sua execução entre outros aspectos, são algo limitantes, neste trabalho não foram observados variáveis importantes como a medicação por via oral, o uso de prótese dentária e agenesia dentária total ou parcial e o tipo e consistência dos alimentos que os idosos ingerem. Esses dados são relevantes em estudos sobre a percepção das perturbações da deglutição. Há estudos que reportam essas variáveis como características que podem influenciar essa percepção (Monteiro, 2009; Morris, 2006; Kayser-Jones e Pengilly, 1999) e por isso faz-se necessário estudos utilizando instrumentos de rastreio das perturbações da deglutição em idosos associados as essas variáveis.

6. CONCLUSÃO

A importância desse estudo foi contribuir para a validação do P-EAT-10 que é um instrumento de percepção das perturbações da deglutição que tanto pode ser auto-administrado como aplicado por indivíduos que lidam directamente com o idoso.

Sendo a amostra desse estudo de conveniência e pequena, devemos levar em consideração esse aspecto para que as conclusões do estudo não incorram no erro de serem generalizadas.

Concluimos através da caracterização da amostra que os idosos institucionalizados e os utentes de centro de dia apresentavam uma boa percepção das perturbações da deglutição e que se relacionou com o teste objectivo da deglutição.

Conforme os resultados obtidos no nosso estudo concluimos que o P-EAT-10 é um bom instrumento de rastreio das perturbações da deglutição em idosos institucionalizados e em utentes de centro de dia mas para obtermos resultados mais fidedignos devemos aplica-lo sempre com um tipo de teste mais objectivo à deglutição para um rastreio e monitoramento das perturbações da deglutição mais eficiente.

É importante referir que em Portugal, a administração de um teste subjectivo de rastreio das perturbações da deglutição é necessário entre a população idosa institucionalizada e centros de dia porque favorece tanto o conhecimento do próprio acerca das suas dificuldades, quanto dos que convivem com ele. Devemos salientar que esses questionários beneficiam serem aplicados em conjunto com outros testes de rastreio ou testes objectivos como forma de fazer um despiste mais eficiente.

Lembramos também a importância de se realizar outras pesquisas com amostras maiores e mais heterogéneas tanto a nível de idade como de patologias presentes a fim de observar-se a eficácia do P-EAT-10 como instrumento de triagem.

Pesquisas utilizando instrumentos que percepcionem as perturbações da deglutição em idosos é importantes pois objectiva documentar os sintomas iniciais das perturbações da deglutição proporcionando um rápido despistes dessas manifestações evitando condições que podem favorecer a perda da qualidade de vida.

Bibliografia Dissertação

Acosta, N. B., & Cardoso, M. C. D. A. F. (2013). Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 9(1).

Amaro, A.R.P. (2012). *Mobilidade funcional, risco de queda, nível de actividade física e percepção de saúde em indivíduos com 65 ou mais anos*. Dissertação Mestrado, Faculdades de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa.

Anuário Estatístico de Portugal (2012). Edição 2013. Editor: Instituto nacional de Estatística – Lisboa - Portugal.

Apostolo, J.L.A. (2011). Instrumentos para avaliação em geriatria. Documento desenvolvido com o objectivo de disponibilizar um conjunto de instrumentos de avaliação para apoiar os estudantes no desenvolvimento do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde do idoso e geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Barros, A.N.F., Fábio, R.S.C, & Furkim, A.M. (2006). Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquémico na fase aguda da doença. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, 64(4), 1009-1014.

Barros, P.B.B, Silva, S.A.C., & Carrara de-Angelis, E. (2009) *Videofluoroscopia da deglutição*. In: Jotz, G.P., Angelis, E.C. & Barros, A.P.B. (Eds.), *Tratado de deglutição e disfagia no adulto e na criança* (84-88). Rio de Janeiro: Revinter.

Belafsky et al. (2008). Validity and reliability of the *Eating Assessment Tool (EAT-10)*. Acedido em Janeiro 13, 2013, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19140539>.

Bilton, T,L., & Fiorese, A.C. (2003). Estudos das alterações de maior ocorrência nas fases oral e faríngeas da deglutição. In: Acosta, N.B., Cardoso, M.C.A.F. (Eds.) *RBCEH*, 9(1),143-154.Passo Fundo.

Bonfim, F. M. S., Chiari, B. M., & Roque, F. P. (2013). Factors associated to suggestive signs of oropharyngeal dysphagia in institutionalized elderly women. In *CoDAS* (Vol. 25, No. 2, pp. 154-163). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

Botelho, M. A. (2007). Idade avançada-Características biológicas e multimorbilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 23(2), 191-5.

Brandão, D. M. D. S., Nascimento, J. L. D. S., & Vianna, L. G. (2009). Evaluation of functional capacity and quality of life of the elderly after ischemic stroke with and without dysphagia. *Revista da Associação Médica Brasileira*,55(6), 738-743.

Brauer, C., & Frame, D. (2001). *Manual de disfagia – Guia de deglutição para profissionais da saúde e famílias de pacientes disfágicos*. Ed. Pro-Fono. Faculdade de Medicina da Faculdade de São Paulo.

Burgos, R., Sarto, B., Seguro, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., Vázquez, C., ... & Pérez-Portabella, C. (2012). Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6)

Caldas, A. C. (2000). A herança de Franz Joseph Gall – O cérebro a serviço do comportamento humano. Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Campanha, S. V., Bornschein, B., Wick, R., Botzel, K., Sampaio, C., Poewe, W., Oertel, W., Siebert, W., Berger, K., & Dodel, R. (2011). Prevalence and incidence of Parkinson's disease in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 473-490. Acedido em Maio 15, 2013, em <http://www.elsevier.com/locate/euroneuro>

Carta Social de Serviços e Equipamentos (2009) – A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – Lisboa.

Cassol, K., Galli, J. F. M., Zamberlan, N. E., & Dassi-Leite, A. P. (2012). Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. *Jorn. Soc. Bras. Fonoaud. São Paulo*, 24(3), 223-232.

Chen, A. Y., Frankowski, R., Bishop-Leone, J., Hebert, T., Leyk, S., Lewin, J., & Goepfert, H. (2001). The development and validation of a dysphagia-specific quality-of-life questionnaire for patients with head and neck cancer: the MD Anderson dysphagia inventory. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 127(7), 870-876.

Chen, P. H., Golub, J. S., Hapner, E. R., & Johns III, M. M. (2009). Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. *Dysphagia*, 24(1), 1-6.

Cook, I.J. (2000). Explanatory notes on the Sydney Swallow Questionnaire. Acedido em Janeiro 10, 2014, em <http://stgcs.med.unsw.edu.au/stgcsweb.nsf/440449a51715af27852565d800835186/f99997079f89abdfca2570f1003c7ff8?OpenDocument>,

Costa, M., & Castro, L.d.P. (2003). *Tópicos em Deglutição e Disfagia*. (1ª Edição). Rio de Janeiro: Medsi.

Costa, M.M.B. (1998). Uso de bolo contrastado sólido, líquido e pastoso no estudo videofluoroscópico da dinâmica da deglutição. In.: Filho, E.M., Pissani, J.C., & Gomes, G. (Eds.) *Disfagia: Abordagem multidisciplinar* (101-10). São Paulo, Forntis Editorial.

Costa, E.G., Da Silva, M.C.C., Costa, M.L.G., De Barros, A.L.S., & Soares, R. (2008). Análise da deglutição em sujeitos portadores de doença de alzheimer. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 74(1). Acedido em Março 7, 2014, em <http://www.rborl.org.br/39cbo/da.asp?f=5121>.

Dahlin, C. (2004). Complications at the end of life. *American Journal of Nursing*. 104(7):40-47

Damásio, A.R. (1973). Perturbações neurológicas da linguagem e outras funções simbólicas: contribuição do estudo clínico e laboratorial das afasias, apraxias e outras disfunções da actividade nervosa superior, para o conhecimento da semiologia e da fisiopatologia do sistema nervoso. Dissertação de Doutoramento – Faculdade de Medicina de Lisboa.

Deppipo, K.L., Holas, M.A., & Reding, M.J. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Arch Neurol.*, 49(12):1259-1261.

De Renzi, A., & Vignolo, L. A. (1962). Token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brain: a journal of neurology*.

Ding, R., & Logemann, J.A. (2008). Patient sel-perceptions of Swallowing difficulties as compared of expert tating of videofluorographic studies. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 60:142-150..

Douglas, C., & Douglas, N. (1998). *Patofisiologia da mastigação*. (CD). São Paulo: PPA.

Ercila et al. (2012). Prevalence of Dysphagia in the older using Eating Assessment Tool-10. *Eur J Hosp Pharm*, 19:205-206.

Estrela, F., Motta, L., & Elias, V.S. (2009). Deglutição e processo de envelhecimento. In: Jotz, G.P., Angelis, E.C. & Barros, A.P.B. (Eds.), *Tratado de Deglutição e Disfagia no adulto e na criança* (Vol. I. 54-58). Rio de Janeiro: Revinter.

European Commission Health Policy Studie - (2013). A Good life in older age? Monitoring and improving quality in long-term care.

Ferreira, L.N., Brito, U., & Ferreira, P.L.P. (2010). Qualidade de vida em doentes com asma. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 16(1), 23-55.

Filho, E.D.M.F., Gomes, G., & Furkim, A.M. (2000). Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo, SP: Lovise.

Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive State of patients for the clinical. *Journal of psychiatric research*. 12(3), 189-98.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. (1ª ed).

Frota, J.F.C. (2008). *Prevalência e factores associados à disfagia em idosos residentes em comunidade*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina - Universidade Federal do Ceará.

Furkim, A.N., & Silva, R.G. (1999). *Programas de reabilitação em disfagia neurogénica* (1ª ed.) São Paulo, SP: Frôntis Editorial..

Furkim, A.M., & Santini, C.S. (1999). Disfagias orofaríngeas. São Paulo, SP: Carapicuíba.

Furkim, A.M., & Mattana, A.V. (2009). Disfagias neurogénicas: terapia. In: Karin Zazo Ortiz (Eds). *Distúrbios neurológicos adquiridos - Fala e Deglutição* (282-299). São Paulo, SP: Manole LTDA.

Furkim, A. M., Duarte, S. T., Hildebrandt, P. T., & Rodrigues, K. A. (2010). A instituição asilar como fator potencializador da disfagia. *Revista CEFAC*, 12(6), 954-963..

Gonçalves, M.I.R., Remaili, C.B., & Behlau, M. (2013). Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool – EAT-10.

Groher, M. E. *Dysphagia Diagnosis and Management*. (2nd ed). (313-25). New York: Butterworth-Heinemann.

Han, M., Ohnishi, H., Nonaka, M., Yamauchi, R., Hozuki, T., Hayashi, T., & Mori, M. (2011). Relationship between dysphagia and depressive states in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & related disorders*, 17(6), 437-439.

Hernandez, M.A., & Marchesan, I. (2001). Atuação fonoaudiológica no ambiente hospitalar. (1^o ed.). Rio de Janeiro, RJ: *Revinter*.

Holland et al. (2011). Prevalence and symptom profile of oropharyngeal dysphagia in a community residence for an elderly population: a self-report questionnaire. Acedido em Janeiro 15, 2013, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2050.2011.01182.x/abstract>.

Humbert, I.A, & Robbins, J. (2008). Dysphagia in the elderly. *Phy med Rehabil Clin N Am*. 19(4), 853-866.

Instituto Nacional de Estatística. Projeções da população residente, Portugal e NUTS III 2000-2050. ISSN 1645-7633 (2009). Acedido em Junho 2, 2013, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESmodo=2.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Statistc Portugal. *Destaque. Informação a comunicação social*.

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010. Acedido em Dezembro 7, 2013 em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/IX>.

Jacobi, J.S., Levy, D.S., & Silva, L.M.C. (2003). Disfagia: avaliação e tratamento. Ed. Revinter – Rio de Janeiro.

Jotz, G.P., & Dornelles, S. (2009). “*Fisiologia da Deglutição*”. Capítulo 2. In: Jotz, G:P, Angelis, E.C., Barros, A.P.B. (Eds.). “*Tratado da deglutição e disfagia: no adulto e na criança*” (16-19). Rio de Janeiro, RJ: Revinter Editora e Livraria..

Kaspar, K., & Ekberg, O. (2012). Identifying vulnerable patients: role of the EAT-10 and the multidisciplinary team for early intervention and comprehensive dysphagia care. In *Nestlé Nutrition Institute workshop series* (Vol. 72, p. 19).

Kayser-Jones, J., & Pengilly, K. (1999). Dysphagia among nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 20(2), 77-84.

Kuyama, K., Sun, Y., e Yamamoto, H. (2010). A pneumonia por aspiração: com especial referência aos aspectos patológicos e epidemiológicos, uma revisão da literatura. *japonês Dental Science Review*, 46 (2), 102-111.

Lauret, C. D., Garnier, P. L., Borel, S., Tessier, C., Sauvignet, A., & Crevier-Buchman, L. (2011). [Understanding the use of self-evaluation questionnaires when assessing a patient's swallowing capacity and performing follow-up activities]. *Revue de laryngologie-otologie-rhinologie*, 133(1), 19-26.

Leite, H. R., Nunes, A. P. N., & Correa, C. L. (2011). Perfil epidemiológico e qualidade de vida dos pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR*, 15(1), 15-21

Leslie, P., Drinnan, M. J., Zammit-Maempel, I., Coyle, J. L., Ford, G. A., & Wilson, J. A. (2007). Cervical auscultation synchronized with images from endoscopy swallow evaluations. *Dysphagia*, 22(4), 290-298.

Lin, B.M., Stamer, H.M., & Gourin, C.G. (2012). The relationship between depressive symptoms, quality of life and the swallowing function in patients with head and neck cancer a year after definitive therapy. Acedido em Janeiro 17, 2013, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22467530>.

Logemann, J.A. (1984). Evolution and treatment of swallowing disorders. *NSSLHA Journal*, 38-50. Acedido em Agosto 31, 2013, em <http://www.asha.org/uploadedFiles/asha/publications/cicsd/1984EvalandTreatmentofSwallowingDisorders.pdf>.

Logemann, J. A. (1990). Effects of aging on the swallowing mechanism. *Otolaryngologic Clinics of North America*, 23(6), 1045-1056.

Logemann, J.A. (1994). Rehabilitation of the head and neck cancer patient. In: Furkim, A.M. e Santini, C.S. *Disfagias orofaríngeas*. (1ª ed.) (171-87). São Paulo, SP: Pró-Fono.

Logemann, J. A., Veis, S., & Colangelo, L. (1999). A screening procedure for oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia*, 14(1), 44-51.

Maciel, J.R., Oliveira, C.J.R., & Tada, C.M.P. (2008). Associação entre risco de disfagia e risco nutricional em idosos internados em hospital universitário. *Revista Nutrição*, 21(4), 411-421.

Magalhães Júnior, H.V. (2012). Força da língua e o impacto na deglutição de indivíduos idosos. Acedido em Agosto 02, 2013, em <http://www.huol.ufrn.br/doc/projetos/8.pdf>.

Mahoney, F.I., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Malandraki, G. A., & Robbins, J.A. (2013). Effects of aging on the oral phase of Deglutition. In: Skaker, R., Belafsky, P.C., Postma, G.N., Terling, C.E. (Eds). *Principles of Deglutition: A multidisciplinary text for swallowing and its disorders*.

Marchesan, I.Q. (1995). Disfagia. In: Furkim, A.M. e Santini, C.S. *Disfagias orofaríngeas*. (1ª ed.) (171-87). São Paulo, SP: Pró-Fono.

Martino, R., Martin, R. E., & Black, S. (2012). Dysphagia after stroke and its management. *Canadian Medical Association Journal*, 184(10), 1127-1128.

Martino, R. Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2013). Dysphagia after stroke – Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Acedido em Abril 01, 2013, em <http://stroke.ahajournals.org/>

McHorney, C. A., Bricker, D. E., Kramer, A. E., Rosenbek, J. C., Robbins, J., Chignell, K. A., ... & Clarke, C. (2000). The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development. *Dysphagia*, 15(3), 115-121.

Mckaig, S.R. (1999). Ausculta cervical e torácica. In: Furkim, A.M. e Santini, C.S. *Disfagias rofaríngeas*. (1ª ed.) (171-87). São Paulo, SP: Pró-Fono,

Meneses M.S., & Teive, H. (1996). Doença de Parkinson: aspectos clínicos e cirúrgicos. (4-14). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara-Koogan.

Melo, M.L., Da Silva, H.J, Rocha, A.N., Morais, E., Silva, E.H.A.A., De Oliveira, A.C., ... Gouveia, D. (2009). Achados clínicos da deglutição e do comportamento alimentar de idosos com demência avançada. Acedido em Julho 23, 2013, em http://unifonoal.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=73&Itemid=471.

Mini Nutritional Assessment (MAN). Acedido em Janeiro 13, 2013, em http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_portuguese.pdf.

Monteiro, M.A.M. (2009). Percepção sensorial dos alimentos em idosos. *Revista Espaço para a Saúde*, 10(2), 34-42.

Moreira, I. et al. (2011). Estudo Normativo do Token Test versão reduzida: dados preliminares para uma população de idosos brasileiros. *Rev. Psiq. Clín.*, 38(3), 97-101.

Morris, H. (2005). Dysphagia, medicines and older people: teh need for education. *Britsh Journal of Community Nursing*, 10(9), 419-420.

Ney, D., Weiss, J., Kind, A., & Robbins, J. (2009). Senescent Swallowing: Impact, strategies and interventions. *Nutri Clin Pract.* 24(3),395-413.

Nogueira, D., & Reis, E. (2013). Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? *Clinical Intervention in Aging*, 8, 1-7.

O'Brien, P.C., & Barrown, D. (1991). Prevalence of problems of nursing home residents. *Australian Journal of Human Communication Disorders. Glebe*, 19(1), 35-45. Apud O'Loughlin; Shanley, 1998.

Official Journal of the Asian Pacific Society of Respiriology. (2009). Aspiration pneumonia. *Respirology*, Cap.9, 14(2), S59-S64.

Organização Mundial da Saúde. (2006). Steps Stroke Manual. Acedido em Agosto 13, 2013, em <http://www.who.int/en>

Ortiz, K.Z., & Marinelli, M.R. (2013). Investigação da queixa de disfagia em pacientes afásicos. *REV. CEFAC*. 15(6), 1503-1511.

Paixão, C., & Da Silva, L.D. (2010). Características de pacientes disfágicos em serviço de atendimento domiciliar público. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 262-269.

Paixão, C.T., Da Silva, L.D., & Carmerini, F.G. (2010). Perfil da disfagia pós um acidente vascular cerebral uma visão integrativa. *Rev Rene*. 11(1), 181-190.

Park et al. (2013). Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 34, 212-217

Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Almedina.

Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. *Envelhecer em Portugal*, 21-41.

Pelrman, A.L., & K. Schulze-Delrieu (1997). Deglutition and its disorders. San Diego.

Pinto, A.M., & Botelho, M.A. (2007). Fisiopatologia do envelhecimento. In: Mota-Pinto, A (Ed.), *Fisiopatologia – fundamentos e aplicações*. (1ª ed). (453-514). Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Reis, T. (2004) Doença de Parkinson: pacientes, familiares e cuidadores. Ed. Porto Alegre: Pallotti;

Robbins, J., Bridges, A.D., & Taylor, A. (2006). Oral, pharyngeal, esophageal motor function in aging. Acedido em Agosto 24, 2013, em <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo39.html>

Rocamora, I.J.A., Sánchez-Duque, M.J., Gallindo, P.B.V., López, E.B., Palacín, A.F., González, C.A., & Enamorado, D.T. (2009). Estudio de prevalência de disfagia e intervención com cosejo dietético, en residências de mayores de Sevilla. *Nutr. Hosp*. 24 (4), 498-503.

Rozenfeld, M. (2005). A percepção do engasgo por idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 7(69-85).

- Sá, J.P.P. (2009). *Deglutição e envelhecimento*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro.
- Santoro, P. P. (2008). Editorial II-disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. *Revista CEFAC*, 10(2), 0-0.
- Schindler, J. S., & Kelly, J. H. (2002). Swallowing disorders in the elderly. *The Laryngoscope*, 112(4), 589-602.
- Schindler, A., Mozzanica, F., Anna Monzani, S. L. P., Eleonora Ceriani, S. L. P., Atac, M., Jukic-Peladic, N., ... & Orlandoni, P. (2013). Reliability and Validity of the Italian Eating Assessment Tool. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 122, 717-724.
- Seijo-Martinez, M., Castro del Rio, M., Alvarez, J.R., Prado, R.S., Salgado, E.T, Esquette, J.P., & Sobrido, M.J. (2011). Prevalence of parkinsonism and Parkinson's disease in the Arosa Island (Spain): A Community-based door-to-door survey. *Journal of the Neurological Science*, V.304, 49-54. Acedido em Agosto 14, 2013, em <http://www.elsevier.com/locate/jns>
- Serqueira, C. (2007). Cuidar de idosos dependentes. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, A.P.D. (2008). Estudo comparativa entre videofluoroscopia e avaliação endoscópica da deglutição para diagnóstico da disfagia em crianças. Monografia de Pós-graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Sousa, M.J, Baptista, C.S. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Sousa, M., Nunes, A., Guimarães, A. I., Cabrita, J. M., Cavadas, L. F., & Alves, N. F. (2010). Depressão em idosos: prevalência e factores associados. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 26(4), 384-91.
- Spar, J. E., & Rue, A.L. (2005) Guia prático Climepsi de psiquiatria geriátrica. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Subtil, J. (2011). Disfagia In: Saraiva, J. (ED.). Otorrinolaringologia e Envelhecimento, 11, 127-135.
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M.A. (2012). Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. *Clinical Intervention in Aging*, 7, 287-298.
- Tanure, C. M. C., Barbosa, J. P., Amaral, J. P., & Motta, A. R. (2005). A deglutição no processo normal de envelhecimento. *Rev CEFAC*, 7(2), 171-7.
- Trupe, A.E.H., Siebens, H.C., & Siebens, A.A. 1984). A. Prevalence of feeding and swallowing disorders in a nursing home. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 65 (10), 651-652.

Tubero, A.L. (2001). Fonoaudiologia para idosos: um campo pouco explorado – Fonoaudiologia de diferentes regiões do país relatam experiências pioneiras. *Jornal do Conselho Federal de Fonoaudiologia*. (10-15). Brasília.

Valcarenghi, R. V., Santos, S. S. C., Berlem, E. L. D., Pelzer, M. T., Gomes, G. C., & Lange, C. (2011). Alterações na funcionalidade/cognição e depressão em idosos institucionalizados que sofreram quedas. *Acta Paul. Enferm*, 211(24), 6.

Vaz, S. F. A., & Gaspar, N. M. S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, (4), 49-58.

Vidigal, M.L.N., Rodrigues, K.A., & Nasri, F. (2010). Efeitos do envelhecimento sadio na deglutição. In: Hernandez, A.M., & Marchesan, I. *Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar*. (pp. 61-66). São Paulo: Livraria e Editora Revinter LTDA.

Woisard, V., & Lepage, B. (2010). The “Deglutition Handicap Index” a self-administration trated dysphagia – specific questionnaire: temporal reability. *Rev. Laryngoogie Otologie Rhinologie* 131(1), 19-22. ?

Woisard, V. Andrieux, M.P., & Puech, M. (2006). Validation of a self-administration questionnaire for swallowing disorders (Deglutition Handicap Index). *Rev. Oto Rhinot*, 127, 315-25.

Wolf, L.S., & Glass, R.P. (1992). Feeding and swallowing disorders in infancy: assessment and management. Furkim, A.M. e Santini, C.S. *Disfagias rofaríngreas*. (1ª ed.) (171-87). São Paulo, SP: Pró-Fono.

Word Health Statistics (2013). Acedido em Agosto 11, 2013, em <http://apps.who.int/gho/data/view.country.16100>.

Yael, M.M.A. (2007). Validation of swallowing disturbance questionnaire for detecting dysphagia in patients with Parkinson´s disease. Acedido em Fevereiro 3, 2014, em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.21625/abstract>.

Yesavage, J.A., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminar report. *Journal of Psychiatric Research*. 17(1), 37-49.

ANEXO 1

Agora pedimos que nos dê alguns dados sobre si.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Data: _____

2. Nome: _____

3. Altura: _____ 4. Peso: _____ Kg 5. IMC: _____

6. Data de nascimento: _____

7. Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

8. Naturalidade: _____

9. Nacionalidade: _____

10. Local de residência _____

11. Tipo de residência: ☐ Lar ☐ Centro de dia

12. Qual foi a sua profissão principal

☐ Quadro superior

☐ Profissão intelectual e científica

☐ Profissão técnica intermediária

☐ Empregado administrativo

☐ Pessoal dos serviços e vendedores

☐ Trabalhador qualificado da agricultura e da pesca

☐ Trabalhador da produção industrial e artesanato

☐ Operador de instalações industriais, máquinas e montagem

☐ Trabalhador não qualificado da agricultura, indústria, comércio e serviços

☐ Doméstica

☐ Nunca trabalhou

13. Com que idade deixou de trabalhar? _____

14. Qual é a sua escolaridade?

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Só sabe ler e escrever
- ☐ 1º ciclo completo
- ☐ 2º ciclo completo
- ☐ Secundário
- ☐ Curso superior

15. Qual é o seu estado conjugal?

- ☐ Solteiro/a
- ☐ Casado/a
- ☐ Divorciado/a
- ☐ Viúvo/a
- ☐ Vive conjuntamente com alguém

16. Recebe visitas de familiares?

- ☐ Filhos
- ☐ Irmãos
- ☐ Cônjuge
- ☐ Outros. Quais? _____

Muito obrigada por ter respondido a este questionário!

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE

i. Quadro clínico principal (Classificação ICD 10)

Nome da doença	
	Código ICD 10
Neoplasia	
Doenças endócrinas e metabólicas	
Doenças mentais e do comportamento	
Doenças do sistema nervoso	
Doenças dos olhos	
Doenças do ouvido	
Doenças do sistema circulatório	
Doenças do sistema respiratório	
Doenças do sistema músculo esquelético	
Outro. Qual?	
Nenhum	

ii. Quadro clínico secundário (Classificação ICD 10)

Nome da doença	
	Código ICD 10
Neoplasia	
Doenças endócrinas e	
metabólicas Doenças mentais e do comportamento	
Doenças do sistema nervoso	
Doenças dos olhos	
Doenças do ouvido	
Doenças do sistema circulatório	
Doenças do sistema respiratório	
Doenças do sistema músculo esquelético	
Outro. Qual?	
Nenhum	

iii. Incontinência

1	Sofre incontinência?	0-N	1-S
2	Se sim, usa fraldas?	0-N	1-S
3	Frequência	0 Sempre	1 Dormir

iv. Visão

1	Consegue ver de forma a reconhecer um amigo?	
	A uma distância de 4 metros	1
	A uma distância de 1 metro	2
	Não consegue ver	3

v. Audição

1	Consegue ouvir um programa de TV ou rádio?	
	Num volume que não incomode outras pessoas	1
	Só com volume alto	2
	Não consegue ouvir nem com volume alto	3

iv. Percepção do estado de saúde

1	Como considera o seu estado de saúde?	
	Muito bom	1
	Bom	2
	Razoável	3
	Mau	4